Parijs

Michel RABOT

1965

468

L'ECHINOCOCCOSE SPLENIQUE

1965

UNIV.
LEIDEN.
BIBL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Michel RABOT

Ancien Interne des Hôpitaux

et Ancien Aide d'Anatomie de l'Ecole Nationale de Médecine d'Oran

L'ECHINOCOCCOSE SPLÉNIQUE

Président : **Monsieur le Professeur Jean PATEL**

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE D'IMPRIMERIE - LEVALLOIS-PERRET (Seine)

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN	Gaston CORDIER.
1er ASSESSEUR.....	Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR.....	Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale.....	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie.....	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale.....	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)

	MM.
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LÉGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Broussais	LENÈGRE (J.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales { Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales { Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMARD (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	LAMBLING (A.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

Anatomie

MM. CABROL (C.)
COUINAUD (C.)
GILLOT (C.)
HUREAU (J.)

Anatomie pathologique

MM. GAUTHIER-VILLARS
Mlle (P.) pr. s. ch.
MM. ABELANET (R.)
CHOMETTE (G.)
GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch.
NEZELOFF (Ch.)
ORCEL (L.)
PAILLAS (J.)

Anesthésiologie

Mme N. du BOUCHET
MM. KERN (E.)
VOURC'H (G.)

Bactériologie

MM. BARBIER (P.), pr. s. ch.
CHRISTOL (D.)
DAGUET (G.)
LE MINOR (L.)
TOURNIER (P.)

Biochimie médicale

MM. BAULIEU Et. m. conf.
BOURILLON (R.)
CARTIER (P.) pr. s. ch.
CORNILLOT (P.)
DERYFUS (J.-Cl.)
GONNARD (P.)
JEROME (H.)
KRUH (J.)
LEGRAND (J.-Cl.)
NORDMANN (J.)

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports

M. PLAS (F.)

Biologie médicale

MM. BENHAMOU (J.-P.)
BOIVIN (P.)
HARTMANN (L.) pr. s. ch.

Carcinologie

MM. BOIRON (M.)
DENOIX (P.)
MATHE (G.)
SELIGMANN (M.)

Cardiologie

M. HATT (P.-Y.)

Dermato-Syphiligraphie

MM. CIVATTE (J.)
DUPERRAT (B.)
HEWITT (J.)
TOURAINE (R.)

Electro-Radiologie

MM. HEITZ (F.) m. conf.
LEDOUX-LEBARD (G.)

Embryologie

M. ROUX (Ch.)

Hématologie

MM. BESSIS (M.)
BILSKI-PASQUIER (G)
DAUSSET (J.)
DUHAMEL (G.)

Histologie

MM. COUJARD (R.), pr. s. ch.
DA LAGE
MAROIS (M.)
RACADOT (J.)
SCHRAMM (B.)

Hydrologie

MM. BESANÇON (F.)
CORNET (A.)

Hygiène

MM. BLANCHER (G.)
Mme CORRE-HURST (L.)
ROUSSEL (A.)
SAPIN-JALOUSTRE (H.)

Maladies infectieuses

MM. DUPONT (V.)
LISSAC (J.)
RAPIN (M.)

Maladies métaboliques

MM. ANTOINE (B.)
CROSNIER (J.)
RICHET (G.)
SEBAOUN (J.)

Médecine légale

MM. BOURGUIGNON (A.)
FOURNIER (E.)
GUENIOT (M.)
HADENGUE (A.)

Médecine du travail

M. ALBAHARY (C.)

Neuro-chirurgie

M. PERTUISET (B.)

Neuro-psychiatrie

MM. CAMBIER (J.)
CATHALA (H.)
ESCOUROLLE (R.)
GAUTIER (J.-Cl.)
LAPRESLE (J.)
LEREBOULLET (J.)
PICHOT (P.)
TARDIEU (G.)

Obstétrique

MM. GRANJON (A.)
HERVET (E.)
LE LORIER (G.)
LEVY (J.)
LEWIN (D.)
MUSSET (R.)
ROBEY (M.)
SENEZE (J.)
SUREAU (C.)
Mme TCHOBROUTSKY (C.)
M. THOYER-ROZAT (J.)

Ophtalmologie

Mme AUVERT (B.)
MM. BRÉGEAT (P.)
DUBOIS (A.)
Mme FONTAINE (M.)
M. SARAUX (H.)

Orthopédie

MM. DUPARC (J.)
MAURER (P.)
MEARY (R.)
POSTEL (M.)
RAMADIER (J.)

Oto-rhino-laryngologie

MM. DEBAIN (J.)
PIALOUX (P.)
SERGENT (H.)

Parasitologie

M. GOLVAN (Y.)
Mlle HO THI SANG
M. LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale

MM. BARCAT (J.)
BINET (J.-P.)
BLONDEAU (Ph.)
CERBONNET (G.)
CHATELIN (C.-L.)
DAUTRY (P.)
DEMIRLEAU
MM. DUBOST (Cl.)
FAUREL (J.)
FLABEAU (F.)
GALEY (J.-J.)
GARBAY (M.)
GARNIER (H.)
GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de)
GERMAIN (A.)
LATASTE (J.)
LOYGUE (J.)
MAILLARD (J.-N.)
MERCADIER (M.)
NATALI (J.)
PELLERIN (D.)
PERROTIN (J.)
PRÉMONT (M.)
ROBERT (H.)
THOMERET (G.)
VAYSSE (J.)

Pathologie exotique

M. SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale

M. BERTHAUX (P.)
Mlle COTTENOT (Fr.)
MM. LŒPER (J.) Pr. s ch.
MAURICE (J.)
MIKOL (Cl.)
PAUPE (J.-R.)

Pathologie médicale

MM. ACAR (J.)
AUQUIER (L.)
AUSSANNAIRE (M.)
BEAUMONT (J.-L.)
BERNIER (J.-J.)
BOUVIER (J.)
BOUVRAIN (Y.)
BRISSAUD (H.)
BROCARD (H.)
BUGE (A.)
CANIVET (J.)
CARLOTTI (J.)
CATINAT (J.)
CHRÉTIEN (J.)
CLOAREC (M.)
COBLENTZ (B.)
CONTAMIN (F.)
COURY (C.)
DEBRAY (J.)
ÉTIENNE (J.-P.)
FREZAL (J.)
FRITEL (D.)
FUNCK-BRENTANO (J.-L.)
GRIVAUX (M.)
HAZARD (J.)
HENNEQUET (A.)
HIMBERT (J.)
HOUSSET (E.)
LAGRUE (G.)
LESOBRE (R.)

LEVEQUE (B.)
MACREZ (C.)
MOREAU (L.)
NENNA (A.)
NICK (J.)
POULET (J.)
ROYER (P.)
TCHERDAKOFF (Ph.)
THIBAULT (Ph.)
TOURNEUR (R.)
VILLAUMEY (J.)
WOLFROMM (R.)

Pédiatrie-puériculture

MM. ALAGILLE (D.)
ALISON (J.)
CANLORBE (P.)
GORIN (R.)
LAFOURCADE (J.)
LEPERCQ (G.)
LESTRADET (H.)
MALLET (R.)
MANDE (R.)
MINKOWSKY (A.)
MOZZICONACCI (P.)
POLONOVSKI (C.)
REY (J.)
RIBIERRE (M.)
ROSSIER (A.)
VIALATTE (J.)

Pharmacologie

MM. BOISSIER (J.)
LECHAT (P.)

Physiologie

MM. BARRES (G.)
DURAND (J.)
GIRARD (Fr.) m. conf.
HUGELIN (A.)
LAURENT (D.)
SCHERRER (J.)
pr. s. ch.
VASSEUR (B.)

Physique médicale

MM. CHANTEUR (J.)
COURSAGET (J.)
MM. GREMY (F.) m. conf.
MILHAUD (G.)
PAGÈS (J.-Cl.)
PELLERIN (P.)
ROUCAYROL (J.-C.)
pr. s. ch.
TUBIANA (M.) m. conf.

Pneumo-phtisiologie

MM. DECROIX (G.)
ISRAEL (L.)
MEYER (A.)
RENAULT (P.)
SORS (Ch.)

Psychiatrie infantile

MM. DENIKER (P.)
DUCHE (D.)
FLAVIGNY (H.)

Radiologie médicale

MM. DUBOST (J.)
LEFEBVRE (J.)
MICHEL (J.-R.)

Rhumatologie

M. MASSIAS (P.)

Stomatologie

MM. CAUHEPE (J.)
CERNEA (P.)
Mme CHAPUT (A.)
m. c. agr.
MM. CREPY (Cl.)
FLEURY (R.)
GRELLET (M.)

Thérapeutique

MM. CHASSAGNE (P.)
FOUET (P.)
LABET (R.)
MARCHE (J.)

Urologie

MM. AUVERT (J.)
MOULONGUET (A.)
QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

Anatomie
M. DEBEYRE (J.)

Clinique chirurgicale
M. VERNE (J.-M.)

Clinique médicale
MM. RAMBERT (P.)
THIEFFRY (S.)

Clinique obstétricale
MM. GRASSET (J.)
MAYER (M.)
MORIN (P.)

Clinique ophtalmologique
M. DESVIGNES (P.)

Clinique pédiatrique et puériculture
M. LAPLANE (R.)

Clinique psychiatrique
M. BARUK (H.)

Clinique urologique
M. KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie ..... HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)	LAUNAY (C.)
Secrétaire général de la Faculté.	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Docteur Michel RABOT

Ancien Interne des Hôpitaux
et Ancien Aide d'Anatomie de l'Ecole Nationale
de Médecine d'Oran

L'ECHINOCOCCOSE SPLÉNIQUE

A TOI,
CATHY,
MA TOUTE PETITE

A MES PARENTS,
A QUI JE DOIS TOUT

A TOI,
BABETTE

A TOUS CEUX, A QUI J'AI
PROUVÉ MON AFFECTION

A Monsieur le Professeur Jean PATEL

Président de l'Académie de Chirurgie

— Vous m'avez fait l'honneur, Monsieur, de vous intéresser à ce travail et d'accepter la Présidence de cette thèse.

Je tiens à vous assurer, Monsieur, de toute ma reconnaissance, et de mon profond respect.

A mon très cher Maître,

Monsieur le Docteur LEBEL

Plus que tout autre, Monsieur, vous aurez marqué mon Internat, m'inculquant une foi et me faisant découvrir dévouement et perfection.

Je vous dédie ce travail; c'est là un merci bien modeste, mais qui ne veut que vous prouver toute ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur BOURGEON

Mon cher Maître,

Ce travail est le vôtre autant que le mien ; vous m'avez fait l'honneur de guider mes pas dans l'étude d'une affection que le destin avait placé sur ma route ; vos documents furent les miens dès notre première rencontre ; j'ai sans nul doute — malgré tout — trahi votre expérience : je vous prie de me le pardonner. Toute ma très respectueuse reconnaissance est là, dans ces pages.

A Monsieur le Professeur APROSIO

Mon cher Maître,

Je vous dois la trame de ce travail; je fus votre Aide d'Anatomie et, j'ai sans doute vécu là, la période la plus comblée de ma vie professionnelle.

Un grand merci à vous, Monsieur.

Revenez-nous vite!

A Monsieur le Docteur AUBERT

Mon cher Jean-Pierre,

Tu m'as modelé à ta chirurgie abdominale, à tes réflexes, à ton école.

Tu es devenu, et resteras toujours, le grand frère à qui l'on voue une véritable affection.

Un grand merci à toi.

A Monsieur le Médecin-Général FRANÇOIS

Mon cher Maître,

— Une guerre nous a réunis ; vous, le premier, avez su me transmettre une foi.

Les années qui ont suivi, n'ont plus été les nôtres.

C'est un regret.

Ces lignes sont aussi la preuve d'une respectueuse affection dont je tiens à vous assurer.

A mes Maîtres,

Monsieur le Docteur GROSS,
Monsieur le Docteur TOUPET,
Monsieur le Docteur COUNIOT,
Monsieur le Docteur DULAC,
Monsieur le Docteur GAHINET,
Monsieur le Docteur PARRÈS,
Monsieur le Docteur CAILLET,
Monsieur le Docteur BERTIN,
Monsieur le Docteur JASSERON.

A mes Amis,

Monsieur le Docteur MARTIN,
Monsieur le Docteur BASSET,
Monsieur le Docteur DIONIS du SÉJOUR,
Monsieur le Docteur LEGRAND,
Monsieur le Docteur GATELMAND,
Monsieur le Docteur LABBOZ,
Monsieur le Docteur BERTRAND.

A Monsieur le Professeur FAVRE

Très respectueusement

A Monsieur le Docteur HERTZ

Un grand merci à vous, Monsieur

INTRODUCTION

— Notre attention sur **les Kystes Hydatiques de la Rate** — réputés rares, même en Terre Hydatique — fut attirée par deux cas personnels durant notre Service Militaire en Algérie ; deux cas « parvenus » à notre Antenne chirurgicale du Sud-Oranais et que Monsieur le Professeur Favre et notre Maître, Monsieur le Professeur Aprosio, nous firent l'honneur de bien vouloir publier.

Nous reviendrons, au cours de ce travail, sur les problèmes posés par notre première observation, désirant restituer dans leur intégralité, ces deux cas d'Echinococcose Splénique publiés dans les « *Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris* ».

— Tome L/N° 5-6/1960/Séances des 5 et 20 mai 1960 (page 124).

— Tome LIV/N° 2/1964/Séances des 7 et 21 février, 6 et 20 mars 1964 (page 58).

Première observation

Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris.
Tome L/N° 5-6/1960/Séances des 5 et 20 mai 1960.

« Un cas d'Hydatidose Splénique de Diagnostic difficile »

Diagnostic d'arrivée : *Torsion de Kyste de l'Ovaire Gauche.*
(Dysembryome probable)

— Il s'agit en effet, d'une énorme Tumeur du flanc gauche — grosse noix de coco, bombant sous une paroi flaccide, affaiblie — Tumeur ovoïde, extrêmement dure, bien circonscrite, sans irrégularité, que l'on mobilise de façon spectaculaire de l'Hypochondre Gauche à la Fosse Iliaque Gauche. (Mobilisation s'effectuant sans nulle difficulté, mais au prix de quelques douleurs).

— Au toucher vaginal : (Tumeur amenée en position basse)

— Elle comble alors le cul-de-sac gauche,

— Elle est nettement séparée d'un utérus sans anomalie, en anteversion marquée,

— L'ovaire gauche n'est pas perçu,

— L'ovaire droit est scléro-kystique, et du volume d'une petite orange.

— Symptomatologie fonctionnelle évoquant par ailleurs, une Torsion aiguë avec :

— Douleur brutale, atroce, dans le flanc gauche, dans les heures précédentes, chez une femme choquée.

— (Une réaction de Casoni, pratiquée quelques jours auparavant, était négative).

On pense, devant un tel tableau, à *une Torsion de Dysembryome Ovarien Gauche :*

— Une Intervention d'Urgence est décidée :

Médiane sous-ombilicale :

— Epanchement séro-hématique à l'ouverture du péritoine.

— Il s'agit, non pas d'un kyste de l'ovaire (l'ovaire gauche non perçu au toucher vaginal, est littéralement enclavé sur le fond utérin), mais d'une Rate ptosée énorme.

On prolonge la Médiane par une Incision de Bazy.

— La Rate, totalement sortie de sa loge, semble flotter au milieu des anses grêles :

Son pôle supérieur affleure l'angle colique gauche auquel il est relié par de nombreuses adhérences lâches et flottantes.

Son pôle inférieur atteint l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

— Mais en fait, c'est sa face externe devenue antérieure que nous avons sous les yeux.

Sa face postérieure, (interne anatomiquement) est littéralement soufflée dans sa moitié inférieure par une masse tumorale de la grosseur d'un pamplemousse.

— L'extériorisation, qui est relativement facile, révèle un pédicule tordu trois fois sur son axe dans le sens des aiguilles d'une montre.

— Clivage des adhérences colo-épiploïques avec hémostase soigneuse.

— Splénectomie avec double ligature jumelée du pédicule *(lié sans détorsion, pour éviter toute résorption toxique)*.

— Fermeture en trois plans.

L'examen de la pièce montre :

— Une Rate infarcie en totalité ; sa face interne dans sa moitié inférieure est soufflée par une formation tumorale d'aspect nacré, mollasse, de la grosseur d'un pamplemousse.

— L'ouverture de la coque tumorale, donne la clef du diagnostic, mettant à jour un volumineux kyste hydatique avec une vésicule-fille de la grosseur d'une noix.

Durée d'intervention : deux heures.

EN CONCLUSION

Kyste hydatique de la Rate avec Volvulus Splénique Aigu.

— Suites opératoires simples.

Apyrexie ; gaz et selles au 4e jour ;

Cicatrisation acquise au 10e jour.

Seconde observation

Bulletin et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris.

Tome LIV/nº 2/1964/Séances des 7 et 21 février (page 58).

« Réflexions Anatomo-chirurgicales sur un cas de Kyste Hydatique de la Rate ».

— Le 10 Avril 1959, nous sommes amenés à examiner une femme d'une trentaine d'années, Mme T... Khedidja, très amaigrie, originaire d'un village voisin, grand marché aux moutons du Sud-Oranais.

— Cette femme consulte pour des pesanteurs, et surtout, *une Masse de l'Hypochondre gauche;* masse que l'indolence ancestrale de la malade, a laissé se développer jusqu'au volume actuel ; cependant, la gêne importante rencontrée après les repas, l'essouflement interdisant tout travail, ont conduit la famille à mener leur parente au médecin.

— Dès l'abord, nous sommes en présence d'une malade en très mauvais état général, extrêmement dyspnéique.

La peau déshydratée, garde le pli, et recouvre des muscles réduits à de fines lamelles, siège de myoœdème.

— Par constrate, nous découvrons, au premier regard,
  — une *énorme Tumeur*,
  — remontant sous le rebord chondral gauche,
  — débordant à droite la ligne médiane,
  — descendant très bas dans la fosse iliaque gauche,
  — *dessinant sous la peau, des encoches* qui, à la simple inspection, signe presque l'origine splénique de cette tumeur.

— La palpation, confirme ce Diagnostic Topographique, en permettant de préciser, la réalité de ces encoches, la mobilité de la masse avec les mouvements respiratoires.

— De plus, la Tumeur, allongée et globuleuse, est rénitente, donnant une *sensation d'ébranlement fluide à la percussion.*

— Le contact lombaire est net, mais *l'angle costo-vertébral gauche est libre* et le développement est manifestement antérieur sous la paroi abdominale.

— L'examen radioscopique, montre une surélévation et une parésie de l'Hémidiaphragme gauche.

Devant ces signes, et étant donné la fréquence de l'Hydatidose dans ces régions, nous pensons à un Kyste Hydatique de la Rate, diagnostic que vient confirmer *une Intradermo-réaction de Casoni*, positive dans ses manifestations précoces et tardives.

La formule et la numération, révèlent une anémie déjà apparente cliniquement.

L'examen cyto-bactériologique des urines, est négatif.

Intervention le 15 Avril 1959.

Anesthésie générale, éther-protoxyde d'azote-oxygène, après induction au Nesdonal, Flaxédil et Intubation trachéale à la sonde de Magyll.

— *Incision en L de Grégoire*, étendue du sommet de l'appendice xyphoïde, à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic qu'elle contourne à gauche, pour se recourber à angle droit, et s'arrêter à deux travers de doigt au-dessus de l'Epine iliaque antéro-supérieure gauche.

— Immédiatement, au-dessous du Péritoine, nous découvrons :

Un volumineux Kyste Hydatique Multiloculaire de la Rate, formé de trois masses juxtaposées :

— *Une masse inférieure* refoulant l'angle colique gauche et y adhérant intimement ;

— *Une masse antérieure* et médiale, recouvrant le pédicule splénique et accolée à la Grande Courbure de l'Estomac.

— *Une masse principale* enfin, contenant environ 2 l. 5 de liquide, ayant complètement disloqué l'Organe, réduit à un mince croissant antérieur et interne.

L'ensemble, adhère à l'auvent chondro-costal en avant, à la paroi abdominale en arrière, au diaphragme latéralement, à la face antérieure du Rein et au pédicule vasculaire rétro-péritonéal en arrière.

Dès lors, va commencer un travail extrêmement patient et minutieux :

— Le Pôle Inférieur de la Tumeur, est accouché par l'incision.

— Le Colon Transverse et le Colon Gauche, ainsi que leur méso, sont décollés lentement et prudemment ;

— puis, en s'aidant de valves et de tampons montés, la majeure partie du Kyste est délicatement libérée de la Paroi et du Diaphragme que l'on réussit à ne pas effondrer ;

— les deux plans vasculaires, antérieur, gastro-splénique et postérieur, pancréatico-splénique, sont ensuite contrôlés par des ligatures en chaîne ;

— enfin, le dernier temps, libère la Tumeur des gros troncs vasculaires rétro-péritonéaux et de la face antérieure du Rein.

L'Ensemble, véritablement monstrueux, mesure 30 cm de long, 25 cm de large et 20 cm d'épaisseur. Il pèse quatre kilos après vidange des poches liquides.

La coupe qui sera faite plus tard, révèlera l'existence de *Trois Membranes-Mères.*

— Après l'ablation de la Tumeur, nous réalisons une hémostase aussi soigneuse que possible. L'Angle Colique Gauche est remis en place par deux ou trois points au lin.

Nous terminons en saupoudrant d'antibiotiques la Loge Splénique.

— Quatre grandes compresses abdominales sont plaquées sur la surface cruentée et sortent par une contre-incision sous-chondrale et latérale.

— Enfin, la paroi est refermée plan par plan par des points au Crinofil, inversés.

Les suites opératoires, ont été particulièrement simples ; après une intervention qui s'est déroulée sous une tension de 9 à 11 cm de hg et qui a nécessité 500 cm3 de sang et 500 cm3 de Dextran, aucune manœuvre de rééquilibration ne fut utile : La Température ne dépassa pas 38° pour redescendre à 37°5, dès l'ablation des mèches, le quatrième jour.

Le premier lever, fut pratiqué le deuxième jour, avec prudence, puis plus librement à partir du cinquième.

L'alimentation rétablie dès le deuxième jour, devint de plus en plus consistante et copieuse au fur et à mesure du rétablissement du Transit intestinal entre le deuxième et le cinquième jour.

La malade fut renvoyée chez elle *le Quinzième jour.*

Nous avons réussi à la revoir pendant quelques mois après son opération ; elle avait repris du poids et affirmait se sentir bien.

Nous notons l'absence d'épanchement hématique dans la Loge Splénique et de Pleurésie post-opératoire.

Tels sont nos deux cas personnels, qu'il nous sera donné d'analyser sous l'angle anatomo-clinique, dans cette

Revue Générale de l'Echinococcose Splénique.

HISTORIQUE

Sabadini, dans sa *monographie* publiée en 1935 dans le *Journal de Chirurgie*, réalisait la première mise au point de la question.

La Littérature mondiale n'offrait alors, depuis 1790, que quelque deux cent cinquante observations de Kystes Hydatiques de la Rate, auxquelles venaient s'ajouter dix cas d'Oulié (de Constantine) et deux cas personnels de Sabadini.

Aux premiers cas publiés, qui n'étaient que des constatations nécropsiques, avaient succédé :

— un cas de Berthelot en 1790,
— un cas de Lüderson en 1808,
— un cas de Morgagni en 1821,
— un cas de Basset en 1827,
— un cas de Degaille en 1850,
— un cas de Voisier en 1852.

En 1875, des études plus complètes prennent corps sous l'égide de Broca, avec Besnier et Lefèvre.

En 1876, pour la première fois, est employé le terme *d'Hydenterie* par Brault.

En 1889, Quénu rapporte un cas d'Echinococcose Splénique guéri par Marsupialisation transpleurale.

En 1894, 70 cas connus sont colligés par Trinkler.

En 1899, Dieulafoy présente à l'Hôtel-Dieu, deux cas personnels.

Puis se succèdent divers travaux à la Société de Chirurgie grâce à De Vegas, Cranwell, Février, Warot, Martin, Michon, Tédenat, Cerf, Bégouin qui inaugurent les discussions sur les indications de la Splénectomie et de la Marsupialisation.

En 1919, les publications reprennent, par Cardarelli et Cignozzi.

Elles sont suivies en 1924, par celles de Silvestrini, Lecène, Deniker, Mills, Cavina et Berger.

En 1926, par les communications au Congrès International de Rome de Leotta, Patel, Papayoannou, Heuschen.

En 1928, par les publications de Mazzini et Costantini.

En 1930, par celles de Hirschfeld et de Oulié.

En 1931, par celles de Donovan.

En 1932, celles de Bartsch et Guttierez.

En 1933, par celles de Angelescu et de Grill.

En 1939, Goinard, dans son ouvrage sur « *la Pathologie Chirurgicale de la Rate* », consacre un chapitre aux Kystes Hydatiques de la Rate.

En 1953, J. Patel dans son ouvrage sur « *la Chirurgie de la Rate* » réenvisage les problèmes diagnostiques et thérapeutiques que peuvent poser ces Kystes Hydatiques.

En 1960, dans le Journal de Chirurgie, R. Bourgeon, Catalano et Pantin, rouvraient le dossier de cette affection : 49 observations nouvelles, faites de

— 16 observations des auteurs,
— 15 de Note,
— 4 de Gandin,
— 14 de Kocaoglu, leur permettaient de préciser certains points physiopathologiques et de dégager des conceptions thérapeutiques plus résolues.

ETIOLOGIE

I. - FRÉQUENCE RELATIVE

A ce jour, c'est donc à quelque *trois cents observations d'Echinococcose Splénique* que se limitent *les publications mondiales.*

Il est vrai, que reléguée au *troisième rang* dans la hiérarchie des localisations de l'Echinococcose, cette Hydatidose fut toujours considérée comme une rareté.

Alors que Dévé et Mills atribuaient à la Localisation Hépatique — la plus habituelle — une proportion de 75 % des cas, à la Localisation Pulmonaire, une part de 10 %, les statistiques mondiales anciennes, ne font état concernant l'Hydatidose Splénique, que de rapports oscillant entre 0,78 % et 4 %.

Ces statistiques précisent en effet :

— Davaine sur 383 kystes hydatiques
— Cobbod sur 327 kystes hydatiques
} Aucun Kyste Splénique

— Finsen (Islande) = 0,78 % (sur 255 cas)
— Blanchard = 2,1 % (sur 1900 cas)
— Bracquehaye = 2,6 %
— Dévé = 2,7 %
— Guttierez = 2,9 % (sur 69 cas)
— Neisser = 3,1 % (sur 805 cas)
— Trinkler = 3,2 % (sur 2117 cas)
— Becker = 3,4 %

En Argentine { Vegas et Cranwell : 3,7 % contre Greenway : 2,14 %

Enfin, Albo en Uruguay, de 1903 à 1912 ne notait que 3 cas Spléniques sur 375 Hydatidoses.

La proportion la plus forte, était fournie par Senevet et Witas estimant à 4 %, les Localisations Spléniques en Algérie.

— Il est incontestable, et c'est là une des premières notions surprenantes, que ces rapports se sont nettement modifiés dans les quinze dernières années : l'Echinococcose Splénique semble devenue plus fréquente et les dernières statistiques de R. Bourgeon en Algérie, accusent des chiffres de 8 à 12 %, loin devant la dernière statistique Italienne effectuée par Cignozzi, qui atteignait néanmoins 6 %.

Nous ne pouvons nous retrancher ici — au vu de ces nouveaux chiffres — comme il est agréable et commode de le faire, à propos d'autres affections, derrière la modernisation des méthodes de diagnostic, l'amélioration des techniques radiologiques et biologiques, l'éducation sanitaire meilleure des populations ; car, le Kyste Hydatique de la Rate

finit toujours par devenir évident soit en s'extériorisant par son volume, soit en attirant l'attention par les conséquences de ses ruptures dans les structures qui avoisinent la Rate.

Quant au renforcement des mesures d'Hygiène, il devrait — au contraire — avoir pour effet, de réduire la fréquence de l'Hydatidose et non pas de rendre plus commune l'une de ses localisations qui acquiert, de nos jours, une honnête Troisième place, après les Echinococcoses Hépatique et Pulmonaire.

Pourquoi le Kyste Hydatique de la Rate est-il plus Commun ?

Il est certes difficile de répondre ;

Il ne peut s'agir d'une altération des filtres hépatique et pulmonaire qui deviendraient ainsi moins efficaces qu'autrefois.

Cependant, si l'on songe qu'en général, l'Hydatidose se rencontre dans des régions ou l'hygiène alimentaire est de mauvaise qualité et les **Cirrhoses nutritionnelles** nombreuses, nous pouvons nous demander, si, à la faveur d'une **Stase Portale**, les Scolex ne sont pas susceptibles de **s'arrêter plus facilement dans la Rate.**

Si ceci se vérifiait, et nous reviendrons sur cet important problème, nous pourrions nous expliquer aisément la plus grande fréquence des Localisations Spléniques de l'Hydatidose.

II. - RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

— L'Hydatidose, reste *l'Apanage quasi-exclusif des Pays Sous-développés*, secs et arides ; pays aux vaste espaces ;

— peu cultivés et peu peuplés ;
— propices au seul élevage du mouton.

— *Les « Pays du Mouton » du Domaine Méditerranéen*, sont parmi les plus touchés :

— Déserts de l'Afrique du Nord, surtout hautes steppes de la Tunisie, de l'Algérie, du Maroc, Pays de l'Atlas.
— La Syrie ; La Palestine,
— Les montagnes et plateaux de l'Italie péninsulaire,
— La Sicile ; La Sardaigne.
— Les croupes calcaires de la Grèce.
— Les steppes de l'Espagne.
— Les montagnes et plateaux de l'Albanie, de la Dalmatie, de l'Istrie.
— La Roumanie, la Bulgarie.
— Les grandes steppes sèches de la Russie méridionale et de la Crimée.
— Enfin, l'Asie Mineure.

— L'hydatidose se rencontre également, *à l'Orient du Monde Méditerranéen*,

— dans les zones sèches du Sud-Est de la Russie,
— dans la steppe Khirghize jusqu'à la Mongolie. Plus au sud, en Iran, voire dans les districts secs de l'Inde septentrionale.

— Enfin, parallèlement, *dans l'Hémisphère sud*, sont également touchés, les vastes espaces à très faible densité de population, lieux d'élection du mouton, de :

— La République Argentine
— L'Afrique du Sud
— L'Australie
— La Nouvelle-Zélande.

— Dans ces contrées, *les Hôtes Nécessaires et Successifs du Grand Cycle Naturel du Taenia Echinocoque*, carvinore et herbivore — chien et mouton en général — se trouvent mêlés à l'Homme, Hôte accidentel de ce cycle dans lequel il s'intègre « *en prenant la place et le relais de l'herbivore* ».

« Cette place, ce relais sont faciles à prendre », tant sont lamentables les conditions de vie de ces êtres : par ignorance, par indolence parfois, vivant souvent sous la tente ou dans le gourbi « à hauteur de chien » comme le disait Dévé, ils s'infestent :

— soit *directement* au contact du chien ténifère, souvent nourri d'entrailles contaminées abandonnées en plein vent.

— soit *indirectement*, par les légumes crus, les fruits ou l'usage d'une eau de boisson souillée.

— Mais, revenons à notre Echinococcose Splénique, et au vu des cartes statistiques étudiées, ne considérons que la fréquence relative de cette localisation au sein des « Pays Hydatiques ».

Une Première Conclusion s'en détache d'emblée : *Algérie et Sardaigne, sont les deux pays où les Kystes Hydatiques de la Rate sont les plus fréquents.*

III. - RÉPARTITION SELON LE SEXE

— Dans ces deux pays — Algérie et Sardaigne — particulièrement touchés par l'Hydatidose Splénique, la Maladie — contrairement à *la donnée classique* de la prépondérance de l'atteinte du sexe féminin — se montre sensiblement plus fréquente chez l'homme : (60 % des cas en Algérie ; 54 % en Sardaigne).

Une tendance analogue est notée :

— en Australie (56 % des cas) et,

— en Argentine (52 %).

— *Cette fréquence suivant le sexe* a d'ailleurs toujours donné lieu à des discussions.

— Sabadini, s'appuyant sur les cent cinquante cas analysés dans sa monographie où figuraient 74 cas chez l'homme, 76 chez la femme, niait toute prédisposition.

— C'est ce que confirmaient les statistiques de Nouvelle-Zélande et d'Uruguay.

— Il est pourtant certain que, dans certains pays, existe cette prépondérance de l'atteinte du sexe féminin :

C'est le cas de la Tunisie, du Maroc, de la Palestine, du Portugal, de la Grèce, de la Dalmatie, de la Bulgarie et de la Hongrie ; mais surtout de l'Islande, où les pourcentages oscillent entre 60 et 70 % des cas.

— Kocaoglu et Kayabali d'Ankara, admettaient également cette « *Polarisation féminine* » de l'Infestation Splénique, mais ne prenaient argument que d'un nombre très limité de cas.

— En fait, ces discussions paraissent sans objet, lorsque l'on veut bien considérer qu'il ne sagit pas de définir *Une Réceptivité particulière du Terrain de l'un ou l'autre Sexe*, qui est à exclure formellement.

Il est par contre incontestable, que dans bon nombre de pays, les femmes se trouvent plus souvent contaminées que les hommes, certaines coutumes locales, certains genres de vie propres aux diverses populations, étant là, les seuls éléments déterminants.

— Ce sont en effet les occupations domestiques ou professionnelles distinctes qui apportent des occasions de contamination différentes dans « *l'Ambiance du chien* ».

— La femme Arabe, par exemple, vivant constamment sous la tente ou dans le gourbi dans la promiscuité des chiens, est plus exposée que le chef de famille, dont les activités se situent dans les champs ou dans le djebel.

Certains vont même, jusqu'à associer une touche islamique à ces arguments, la femme arabe suivant moins strictement que l'homme la règle du prophète « qui interdit le contact du chien, animal impur ». (« Lavez sept fois, dont une avec de la terre ! ! ! ! le récipient où aura lapé un chien... »)

— Sans être aussi finaliste, il est certain que, partout dans le monde, les soins domestiques, maintiennent la femme, confinée à l'intérieur de la maison, en contact permanent avec les chiens.

— Elle est ainsi *plus exposée à la contamination que l'homme*, mais *il est absolument exclu que le sexe joue par lui-même un rôle favorisant.*

IV. - RÉPARTITION SELON L'AGE

— Homme ou Femme, l'âge importe peu ; le maximum de fréquence, au vu des observations publiées, semblant s'étaler de vingt à cinquante ans.

- De vingt à quarante ans chez la femme,
- De trente à cinquante ans chez l'homme.

— Mais là encore, un point parait essentiel à noter ; il s'agit là de Statistiques portant sur **l'Age Diagnostique et Thérapeutique.**

En effet, sans parler de la latence de certains kystes qui — parfaitement tolérés durant des années — sont découverts lors de complications voire d'un traumatisme, il ne faut pas méconnaitre — *le Quadrillage Médico-Chirurgical extrêmement lâche voire inesixtant* de certaines régions particulièrement défavorisées, — ni l'indolence, ni l'ignorance voire le fatalisme de leurs habitants.

— Notre premier cas est un exemple frappant de cette *(« Mutation-Horaire » Statistique).*

Il s'agissait en effet, d'une femme de trente cinq ans qui reconnaissait l'existence « de cette boule dans son ventre » depuis plus de cinq ans ; notion d'ailleurs confirmée par l'entourage.

Le Médecin de ce petit village du Sud-Oranais, pourtant installé là depuis plusieurs années, n'avait jamais été consulté, et seule la symptomatologie dramatique de la Torsion brutale avait pu — malgré tout — déclencher un Réflexe d'alarme.

— C'est soulever là, **le problème de « l'Horaire » de l'Infestation Hydatique**, qui fut longuement étudié par Dévé.

— Pour lui, en effet, la majorité des Kystes reconnus et opérés chez l'adulte, auraient été contractés dans le jeune âge, l'Infestation Hydatique survenant chez l'homme, *avant la Quinzième année, dans* 40 % *des cas.*

— Il est vrai, qu'outre le Terrain de Réceptivité maxima offert à l'Hydatitose par l'enfance, (comme le veut cette loi d'application générale en parasitologie), le jeune âge, âge des mains

sales, des promenades « à quatre pattes », est — par excellence — l'âge des jeux avec le chien.

C'est aussi l'âge des fruits ramassés par terre et croqués à belles dents sans autres précautions.

— Seules, les Statistiques Argentines, témoignent de cette importance de l'Hydatidose chez l'enfant, le grand nombre des Kystes opérés entre 1 et 20 ans dans ce pays (32 %), tenant vraisemblablement au fait, que les cliniciens argentins, ayant l'attention attirée sur cette maladie, la dépistent plus tôt.

" HORIZON ETIOLOGIQUE "
COMMUN
des
HYDATIDOSES
et des
CIRRHOSES NUTRITIONNELLES

RÉSULTANTE PATHOGÉNIQUE

Tel est « l'Horizon » Etiologique de l'Hydatidose Splénique ; Horizon dramatique des Pays Sous-développés, où les énergiques campagnes de lutte et de prophylaxie anti-échinococcique déclenchées par les pouvoirs publics, n'ont qu'une portée bien faible voire inexistante sur des populations pauvres et clairsemées sur de vastes territoires, dans ces contrées souvent isolées, *zones électives de vie pastorale et nomade, primitive et attardée, voire analphabète.*

— Force nous est de constater d'ailleurs, que dans ces « *Pays Hydatiques* », l'Education « *Hygiénique* » des populations, fait défaut de *façon globale* ; qu'il s'agisse de *l'Hygiène* « *Sanitaire* », *aussi bien que de l'Hygiène* « *Alimentaire* ».

— **Les Régimes Alimentaires** de ces populations, sont en règle, en effet, *largement carencés* et *déséquilibrés*, ces nomades, ces ruraux, les observant souvent, *autant par habitude ancestrale que par pénurie*, leur sous-alimentation n'étant pas toujours due à la misère.

— **Ces carences alimentaires** sont bien connues dans le Domaine Méditerranéen et en particulier en Afrique du Nord, où elles affectent les Régions d'élevage les plus déshéritées, où elles atteignent avec prédilection ce milieu social bien déterminé du *Fellah*, du *Berger*, du *Bledard*, celui des tentes, des « Raïmas », des Gourbis, cet *Hôte Accidentel, mais néanmoins Idéal, du Taenia Echinocoque.*

— Ce Régime Carencé du Fellah est parfaitement connu, du fait de *l'étonnante uniformité des habitudes alimentaires dans ces milieux ruraux :*

— On a pu ainsi établir un menu-type quotidien de ce fellah, d'une remarquable frugalité, et dont les éléments essentiels sont les suivants :

— pain,

— thé,

— couscous,

— légumes verts,

— petit lait,

— soupe.

— Précisons que ce régime, ne comporte jamais de poisson :

- un peu de viande (une seule fois par semaine, le jour du Souk),
- jamais de volaille ou d'œufs qui servent d'agents de troc pour se procurer le sucre et le thé,
- jamais de lait (seul le petit lait est consommé ; le beurre est vendu).

— Point n'est besoin de connaissances approfondies de diététique, pour apprécier les principales déficiences de ce régime, qui réalise :

— les Conditions Expérimentales de la Cirrhose Nutritionnelle,

= *par son extrême pauvreté en protides.*

— De ce déficit protidique, résulte une diminution d'apport des acides aminés essentiels : l'apport moyen journalier en méthionine étant, dans certaines régions, égal ou très légèrement supérieur à un gramme, alors que le besoin minimum est de deux grammes vingt.

● La Ration est donc extrêmement pauvre en protéines et fortement déséquilibrée au profit des hydrates de carbone, moins chers et plus faciles à obtenir.

= En effet, *le Déséquilibre Alimentaire en faveur des Hydrates de Carbone est très important*, d'autant qu'il faut tenir compte de l'énorme consommation de sucre dans le thé.

= *De nombreuses Carences sont associées :*

en calcium

en fer

en vitamines A, B, PP.

= Enfin, l'abus du thé, par son action toxique propre, participe au déséquilibre.

— Certes, il nous faut admettre que le rôle du Facteur alimentaire dans la constitution de cirrhoses nutritionnelles chez ces ruraux, n'est pas exclusif ; cette population dont certains secteurs sont largement sous-alimentés, ne présente pas en effet de Cirrhose de façon massive, la malnutrition aboutissant seulement à créer **la Potentialité évolutive cirrhogène.**

— Quoi qu'il en soit, tout au long de leur vie, les fellahs sont soumis à d'**autres Facteurs Cirrhogènes :** les Affections intestinales chroniques (Parasites) ; les Infestations virales ; les Infections sanguines (Paludisme).

Ces Facteurs s'intriquent au Facteur Nutritionnel pour réaliser cette maladie très particulière, où *la Splénomégalie et la Cirrhose sont les Dominantes Cliniques.*

— C'est devant cette coexistence des deux affections, **Hydatidose et Cirrhose**, + ou — marquée ; accompagnée de Splénomégalie ;

— c'est devant la similitude de leurs lieux d'élection ;

— c'est à l'idée de la Stase Portale, qu'entraîne — au moindre degré — cette **Maladie Évolutive Cirrhogène**, que nous avons pu soulever l'hypothèse d'une infestation hydatique splénique *favorisée par un Contexte Anatomique Particulier.*

Nous nous permettrons de revenir sur cette question, dans les chapitres de Pathogénie et de Physiopathologie qui vont suivre.

PATHOGÉNIE

L'Échinococcose Splénique comporte deux Formes Pathogéniques bien différenciées.

= **L'Échinococcose Splénique Primitive** qui est liée au développement splénique d'un *Embryon Hexacanthe venu du dehors*.

— Il s'agit là du développement splénique d'une lésion parasitaire née d'un embryon hexacanthe *absorbé par la Voie Digestive* et amené à la Rate *par la Circulation Sanguine :*

C'est *la Forme Normale de l'Affection.*

= Le second aspect de l'Affection, est **l'Échinococcose Splénique Secondaire**, partie intégrante de *l'Échinococcose Péritonéale de Dévé.*

= La Pathogénie en est simple et indiscutée.

C'est elle que nous allons envisager d'emblée, désirant accorder une large place à la pathogénie de la forme primitive dont l'analyse stricte sera faite dans un second temps.

LE CADRE DE L'INFESTATION SPLÉNIQUE SECONDAIRE

— Il s'agit là d'une affection liée à l'ensemencement splénique de germes échinococciques mis en liberté par **la Rupture d'un Kyste Hydatique fertile**, ces germes ayant colonisé directement la Rate, chez le même individu primitivement porteur d'un Kyste Hydatique *d'autre Localisation.*

— Que cette Infestation Splénique Secondaire, s'établisse aux dépens d'*Hydatides toutes formées* déversées par la *Rupture d'un Kyste Multivésiculaire*, ou qu'elle naisse de *Scolex* — hydatides en puissance — ens emencés par *l'Éclatement ou la simple Fissuration d'un Kyste Primitif Univésiculaire*, **l'Échinococcose Secondaire Péritonéale,** implique que le corps étranger parasitaire en activité — enrobé d'un exsudat d'agglutination fibrineux — se trouve « *enkysté* » sous l'endothélium péritonéal.

Il sera greffé, et *fera corps avec le revêtement séreux viscéral ou péritonéal*, et sous l'influence des pressions de voisinage, *il viendra s'enchatonner dans la Rate.*

— Les raisons de la fréquence de ces kystes spléniques secondaires sont nombreuses ; mais les **raisons primordiales, sur lesquelles Bourgeon a insisté, sont :**

— *Le siège habituel des kystes hydatiques dans le Foie.*

— *La proximité de cet Organe, dont le Lobe gauche se trouve dans le Voisinage immédiat de la Loge Splénique.*

— *Le fait que cette Loge Splénique est la partie la plus déclive du Péritoine Sous-diaphragmatique.*

— La Loge Splénique, est ainsi extrêmement menacée au cours des Ruptures intrapéritonéales des Kystes hydatiques du Foie, et ce, d'autant plus que les Kystes hydatiques du Foie, peuvent devenir très volumineux, sans déterminer de troubles importants.

Ils se rompent ainsi quelquefois, *souvent même avant d'avoir été diagnostiqués et* avec d'autant plus de facilité :

— qu'ils sont volumineux certes,

— mais que, par ailleurs, du fait de l'*absence fréquente de coulées de Périkystite Adhésive, ils sont libres dans la Cavité Péritonéale.*

Ils sont ainsi tout prêts à se rompre dans la séreuse, au moindre choc qui exagèrera leur tension.

— Bourgeon ajoute à cette **Échinococcose Secondaire « Régionale », une Forme « Locale »**, due à la fissuration de la coque d'un kyste hydatique de la Rate au cours de son accroissement.

Cette fissuration détermine ainsi de *véritables Ectropions de la Membrane Germinative*, amenant un ensemencement local, dont la traduction, est l'apparition de *Kystes Multiples Juxtaposés, dont la taille et l'âge sont différents.*

— Mais un point sur lequel insiste Dévé à propos de l'Echinococcose Splénique Secondaire, est la nécessité, pour parler d'Echinococcose Secondaire Patente, d'une **Effraction de la Vésicule-Mère Originelle.**

Tout Kyste Secondaire de la Rate dérivé d'un Kyste Primitif, local, Régional, « Ambiant », voire Éloigné, suppose et implique obligatoirement une effraction de la vésicule-mère du premier, ayant permis la libération, la dissémination et la Colonisation Splénique d'éléments parasitaires vivaces issus de la Lésion primitive.

— Tel est le cadre bien limité, bien précis de l'Infestation Splénique secondaire.

— Elle se développe chez un individu précédemment porteur d'un Kyste Échinococcique.

— Elle est liée à la Greffe Splénique de Formations parasitaires diverses (Hydatides, Scolex, ou même, Éléments Germinatifs indifférenciés) échappées de la Lésion primitive par suite de sa Rupture.

— C'est ainsi, *éliminer, comme il se doit, du cadre de l'Échinococcose Splénique Secondaire, la simple Transformation Locale, intime et silencieuse, d'un Kyste Primitif Univésiculaire en un Kyste Multivésiculaire.*

C'est dire qu'un Kyste Hydatique Primitif, *demeuré Intact et Fermé*, que son contenu se soit maintenu à l'état univésiculaire, ou qu'il soit devenu multivésiculaire, *reste toujours un Kyste Primitif.*

Il existe donc un **Double Cadre Étio-Pathogénique de l'Échinococcose Splénique.**

= *Localisation Splénique « Première » de l'*Échinococcose ;
c'est l'**Échinococcose Primitive.**

= et *Contamination Splénique « de Voisinage » ;* c'est l'**Échinococcose Splénique Secondaire.**

On doit les données pathogéniques irréfutables de l'infestation primitive aux travaux de Félix Dévé qui, durant plus de vingt années, se consacra à l'étude de l'échinococcose.

Il parvint, en particulier, à des conclusions pathogéniques qui — vérifiées expérimentalement — font loi —, et *nient toute autre voie d'infestation splénique que la Voie Artérielle*, limitant — en un mot — l'apport de l'élément parasitaire à la Rate, aux seuls Ramuscules Artériels Spléniques.

— Ce sont ces éléments pathogéniques que nous allons maintenant analyser.

Nous voulons y ajouter, une **Hypothèse Pathogénique « de Terrain »**, basée sur le processus de Stase, voire d'Hypertension Portale, conséquence inéluctable de *la gêne à la traversée du foie*, par un processus qui touche fréquemment l'homme voué par son *Contexte de Vie* à l'Échinococcose.

PATHOGÉNIE DE L'INFESTATION SPLÉNIQUE PRIMITIVE

Les Données de l'Infestation Splénique Artérielle.

Cette Infestation implique :

ou bien, la traversée de *deux Filtres hépatique et pulmonaire*,

ou bien, la traversée *du seul Filtre pulmonaire*, après un « *Raccourci* » possible des embryons hexacanthes par l'un des *Groupes Anastomotiques Porto-Caves.*

— Un premier point fut démontré par Dévé :

La Voie Digestive, est la seule voie de pénétration du parasite dans l'organisme.

— C'est par ailleurs, dans **le milieu alcalin du Duodeno-jejunum** que l'oncosphère ingéré, s'échappe de sa coque.

— Une opinion était pourtant longtemps restée classique jusqu'à Dévé, qui voulait que l'embryon échinococcique fut mis en liberté dans l'estomac, du fait de la digestion de sa coque par le suc gastrique.

— En 1907, Dévé mettait un terme à ce dogme, en constatant — après mise à l'étuve à 37° d'œufs de tænia échinocoques laissés en contact avec du suc gastrique de porc — que ce suc gastrique ne possédait « aucune action dissolvante » à l'égard de la coque de l'œuf — ni après trois heures, ni même après 24 heures.

— Il pouvait en conclure ainsi, que ce n'est nullement dans le milieu acide de l'estomac, mais bien dans le milieu alcalin du duodeno-jejunum que l'oncosphère ingéré, s'échappe de sa coque.

— Cette notion était d'ailleurs conforme aux constatations faites sur les œufs :

- de nématodes par A. Martin en 1913,
- de tænia pisiformis par Cl. Ross en 1929,
- et sur les œufs de tænia saginata par Penfeld en 1937.

— Mieux encore, Cl. Ross en 1929, par des observations effectuées sur les œufs de l'échinococcus granulosus, confirmait pleinement l'opinion de Dévé, en concluant que la secrétion duodenale alcaline — peut-être du fait de son action trypsique — était le milieu le plus favorable pour

les œufs de tænia échinocoque, cette éclosion se produisant normalement dans le duodenum et non dans l'estomac.

— Dès lors, devenait caduque, l'hypothèse de Mosler et Hosemann, qui admettait une pénétration directe dans la Rate voisine, des embryons « libérés dans l'estomac ».

— Le Kyste Hydatique de la Rate est relativement fréquent, disait Hosemann, car les parasites libérés de leur coque calcaire dans l'estomac, peuvent arriver directement à travers la paroi gastrique dans les veines qui les conduisent au Hile de la Rate — »

— Libéré dans le duodeno-jejunum, le cheminement de l'embryon hexacanthe dans l'organisme, jusqu'à son Point de Fixation Splénique Définitif, va alors présenter deux phases successives :

= **Une Phase de Migration Active :**

Le cheminement de l'oncosphère est dû à son activité propre, à *l'Efficacité de ses Six Spicules :*

— L'oncosphère s'étant accolé à la muqueuse intestinale, ses spicules ne vont pas tarder, en effet, à lui faire traverser l'épithélium de surface de cette muqueuse, *le faisant pénétrer ainsi, dans le chorion muqueux très vasculaire.*

Les spicules — avant de se détacher définitivement de l'oncosphère — auront alors un dernier rôle : *Faire pénétrer l'oncosphère dans la lumière des capillaires veineux de la Muqueuse intestinale.*

= Là commence, la **Phase de Migration Passive de l'Oncosphère**, qui — privé de ses spicules — sera charrié par le courant sanguin, *au gré du Flux circulatoire.*

— *Livré aux veines intestinales, branches de la Grande Veine Mésaraïque, l'oncosphère*

— *va atteindre la Veine Porte,*

— *puis la portion sous-hépatique de l'une de ses branches afférentes ;*

— *Après avoir emprunté la portion intra-hépatique de cette branche,*

— *l'oncosphère atteindra l'une de ses branches de division intra-hépatique,*

— *cette « branche veineuse portale », le menant droit dans les Espaces Portes ou Espaces de Kiernan, au sein des Veines Interlobulaires.*

— *Au gré de la Capillarisation au sein des Lobules Hépatiques de ces Veines Interlobulaires, l'élément parasitaire atteindra alors les Capillaires Intralobulaires,*

— *dont le Réseau Terminal le rejettera alors dans la Veine Centrale du Lobule, origine des Veines Sus-Hépatiques.*

= Dévé en 1911 avait démontré par des constatations irréfutables, cet apport des embryons par la Veine Porte, celle-ci représentant la Porte d'Entrée Principale — sinon exclusive — du Parasite Hydatique dans tout l'Organisme : Il avait pu constater, en effet, que, chez le porcelet, l'arrêt des oncosphères au niveau du Foie, s'opérait dès la 3e heure après l'infestation, et ce — dans la lumière élargie des capillaires sanguins intralobulaires.

— *Emporté par les Veines Centrales des Lobules Hépatiques, dont la fusion donne les Troncs Veineux Intra-Hépatiques,*

— *l'Oncosphère parvient aux Veines Sus-hépatiques, résultantes de la fusion de ces troncs veineux.*

= Là encore, ce stade a été mis en évidence par Dévé sur plusieurs coupes histologiques expérimentales, sur lesquelles il avait pu surprendre — en maints endroits — des embryons parvenus au centre d'un lobule hépatique, et tout prêts à pénétrer dans la lumière d'une veine sus-hépatique :

— *Parvenu aux Veines Sus-Hépatiques, l'oncosphère parviendra au Courant Veineux Cave Inférieur* ;

— *De là, dans l'Oreillette puis le Ventricule Droit,*
— *parvenant ainsi, par l'intermédiaire des Artères Pulmonaires, au Poumon.*

— *Dès lors, cet Embryon, ramené au Cœur Gauche par les Veines Pulmonaires, sera entré dans la Grande Circulation,*

— *parvenant aux hasards du courant sanguin, dans le Tronc Coeliaque*

— *et débouchant ainsi, dans l'Artère Splénique,*

— *étant alors embolisé à l'extrémité du dispositif capillaire, sur la Ligne de Partage des Territoires Vasculaires spléniques Antérieur et Postérieur ou en périphérie* : nous reviendrons d'ailleurs, sur cette oblation intrasplénique de l'embryon hexacanthe.

— Tel est le parcours de l'Embryon Hexacanthe, aboutissant à l'Infestation Splénique par Voie Artérielle, après une porte d'entrée « Portale ».

= Mais ce long chemin, implique que les embryons hexacanthes, ont réussi à franchir successivement **les deux Filtres Capillaires Hépatique et Pulmonaire** placés sur leur route.

= Tenant compte du calibre infime de ces capillaires, — des capillaires pulmonaires surtout —, *on peut certes s'étonner que les embryons hexacanthes ne se trouvent pas toujours arrêtés mécaniquement par les réseaux capillaires de ces viscères.*

= C'est ce que notait Goinard qui ne pouvait que trouver surprenant que des embryons dont le calibre atteint 35 à 38 μ, puissent traverser les capillaires pulmonaires, dont le calibre ne dépasse par 8 μ.

= Dévé répondait à cela, que les embryons hexacanthes, sont *essentiellement malléables et ductiles*, et peuvent — pour parvenir à franchir ce double barrage capillaire — *bénéficier des vasodilatations fréquentes des réseaux capillaires hépatiques et pulmonaires.*

= **Actuellement, d'autres Notions, expliquent facilement ces Traversées « Clandestines » :**

— tout d'abord, *celle qui admet que certains Secteurs des Lobules sont au repos, d'autres en état d'hyperfonctionnement avec circulation plus active* ;

— ensuite et surtout, *la connaissance des Courts-Circuits, des Anastomoses Artério-Veineuses, tout particulièrement développées aussi bien dans le Foie que dans le Poumon chez le Cirrhotique.*

— Tel est le long parcours imposé aux oncosphères pour parvenir aux ramuscules artériels spléniques et déterminer une infestation primitive de la Rate.

= Il leur est imposé durant cette longue migration, de franchir deux obstacles dont l'efficacité est certaine et justifie — s'il en était besoin — la distribution prépondérante des kystes Hydatiques dans le Foie et dans le Poumon.

— Une voie plus courte s'offre pourtant aux oncosphères, mais — logique anatomiquement — elle n'est, sans nul doute, qu'une Voie d'Exception.

= Elle est constituée par l'un des groupes anastomotiques Porto-Caves dit Système des Veines de Retzius.

— Ces Veines Péritonéales font communiquer les ramifications portales du tube digestif à leur origine, avec les branches veineuses du péritoine pariétal, pour se déverser dans le courant veineux cave inférieur par les Veines diaphragmatiques inférieures, rénales, capsulaires, lombaires voire sacrées.

= Ces veines offrent ainsi aux embryons hexacanthes *un Pontage Direct* entre les Ramuscules Intestinaux Portes/Afférents — dans la lumière desquels ils sont parvenus activement grâce à leurs spicules — et la Veine Cave Inférieure.

= Il leur est permis ainsi : *de parvenir au Cœur Droit en évitant le Filtre Hépatique*, un seul filtre — le Filtre Pulmonaire — leur restant à franchir pour être embolisés par la Grande Voie Artérielle, vers la Rate.

PHYSIOPATHOLOGIE

— Facteurs déterminants du "Thème Evolutif"

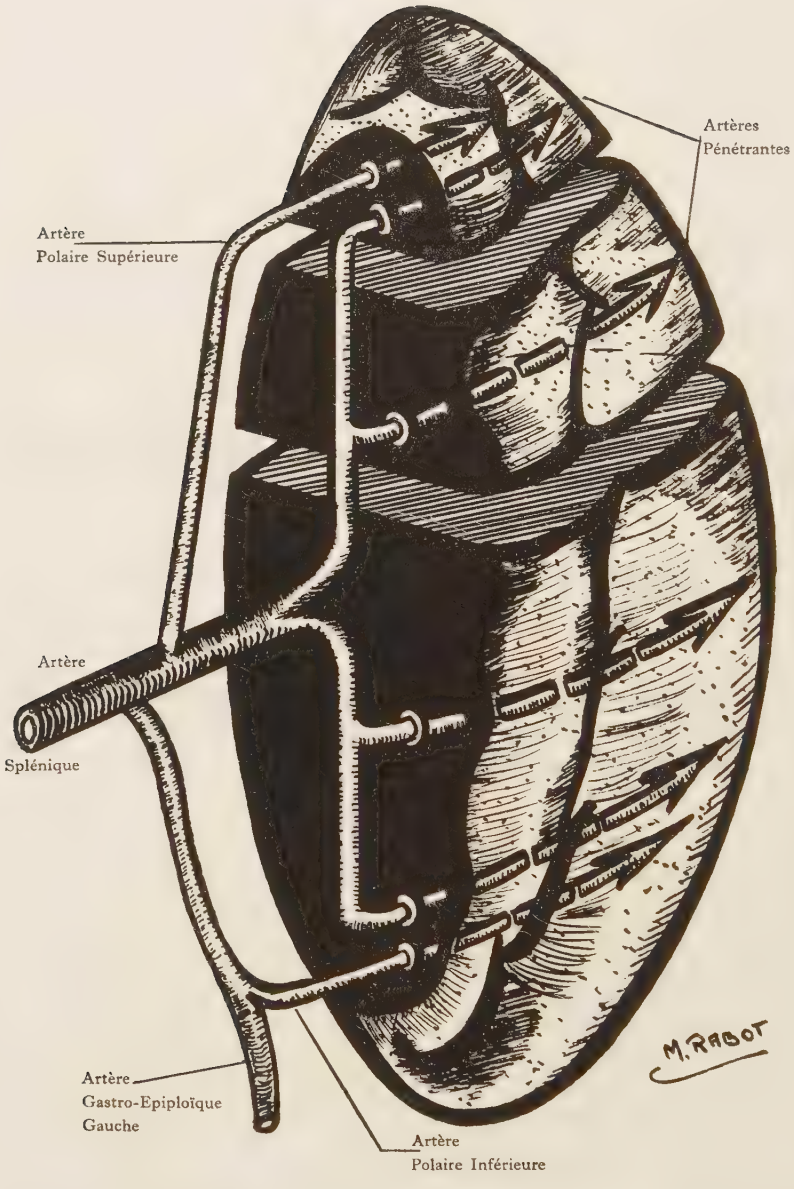
— Physiopathologie de l'Echinococcose Splénique Primitive

— Physiopathologie de l'Echinococcose Splénique Secondaire

FACTEURS DETERMINANTS DU « THEME EVOLUTIF »

= **LA STRUCTURE VASCULAIRE DE LA RATE**

= **L'ASPECT bien particulier du Dispositif Vasculaire en cas de RATE PATHOLOGIQUE**, *qui ne peut qu'induire un Ensemencement Splénique.*



Interprétation schématique de la Segmentation Vasculaire de la Rate
(D'après les Travaux de Nguyen Huu et de R. Bourgeon).

— Le Dispositif de Vascularisation Splénique, fait de la Rate, **un Organe à Multisegments Horizontaux**, *Ensemble de Tranches Equivalentes et Superposées, irriguées par* — **un Réseau Artériel Terminal**,

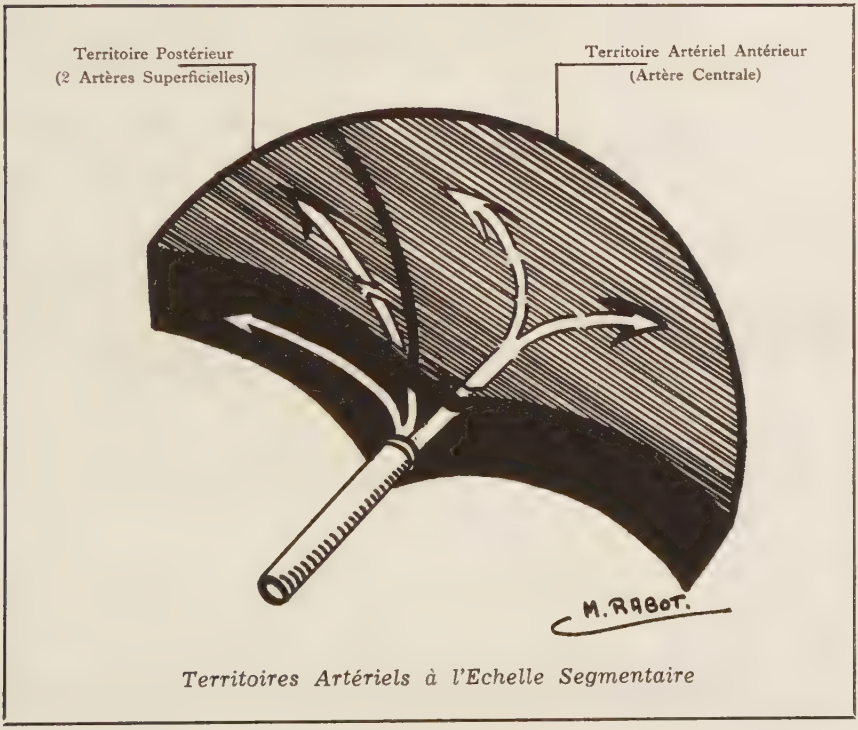
= *à cheminement intrasplénique horizontal,*

= *résultant d'une disposition en dents de peigne, en barreaux d'échelle, des Rameaux Spléniques Terminaux issus des Branches Terminales Supérieure et Inférieure de l'Artère Splénique, branches terminales nées elles-mêmes le plus souvent, d'une Bifurcation précoce Pré-hilaire, en y couché, de l'Artère Splénique.*

— Chacun de ces rameaux artériels spléniques, dès sa pénétration intraparenchymateuse, donne naissance à *deux groupes artériels terminaux, responsables de la vascularisation de chacun des segments.*

= L'un antérieur, constitué par l'*Artère Centrale*, dont le territoire d'irrigation, est représenté par les 2/3 ou les 3/4 antérieurs du segment.

= L'autre postérieur, constitué par *deux Artères Postérieures Superficielles*, dont le champ d'irrigation, est limité au 1/3 ou au 1/4 postérieur du segment.



Territoires Artériels à l'Echelle Segmentaire

— Nous voulons surtout insister, sur l'aspect tout à fait particulier, du Dispositif vasculaire, lorsque la Rate devient pathologique — et c'est chose fréquente, au cours de ces Maladies Nutritionnelles ou Virales du Foie, comme au cours des Splénomégalies Primitives.

Ce point de vue est d'autant plus intéressant, que *la Carte de l'Echinococcose splénique, se superpose — nous l'avons vu — à celle des Maladies Hépato-Spléniques baptisées Méditerranéennes.*

R. Bourgeon et B. Ferrand (*) ont bien insisté sur **les trois aspects que pouvaient présenter sur le plan histologique ces Rates :**

— *Splénite réticulaire hyperplasique.*

— *Rate fibro-congestive de stase.*

— *Rate fibreuse.*

La correspondance sur le Plan Hémodynamique qui nous occupe ici, est la suivante :

= Dans le premier cas. — *Rétrécissement des Sinus Veineux par Hypertrophie de la pulpe rouge, c'est-à-dire des Cordons de Billroth qui étranglent les lumières veineuses qui les traversent.*

= Dans le deuxième cas. — *Elargissement des Sinus, mais engorgement, stase dans leur lumière — à tel point que des ruptures se produisent par endroits, entraînant des foyers hémorragiques qui laissent comme séquelles des dépôts sidéro-hématiques.*

= Dans le dernier cas, *les sinus présentent des irrégularités de calibre, des mutilations par le tissu fibreux, et une congestion persistante dans la lumière.*

Quel que soit le mécanisme invoqué — le Rétrécissement de cette Pièce de jonction qu'est le Sinus, ou son encombrement par Stase — **la Traversée d'un Embryon Hexacanthe est difficile, l'Arrêt dans la Rate beaucoup plus fréquent qu'en toute autre circonstance.**

(*) « Splénomégalies Algériennes et Syndrome de Banti : « Afrique Française chirurgicale. Volume XVII, n° 4 ;

PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ECHINOCOCCOSE SPLÉNIQUE PRIMITIVE

I/ Evolution de l'Embryon Parasitaire Embolisé.

— Les deux éléments lésionnels à considérer
= La Lésion Echinococcique Typique = « La Vésicule Parasitaire ».
= Le lit réactionnel viscéral = « Le Kyste Adventice ».

1° — La Vésicule Parasitaire.

2° — Evolution de la Vésicule Hydatique
La Vésiculation Endogène
La Vésiculation Exogène.

3° — Le Kyste Adventice
= La capsule d'enkystement vésiculaire.
= Les lésions juxta-kystiques.

II/ Le Retentissement Viscéral de la Lésion Parasitaire.

III/ Les Conséquences Périviscérales : La Périsplénite.

IV/ Les Complications proprement dites de la Lésion Parasitaire.

— Dans l'Echinococcose Splénique Primitive, l'embryon hexacanthe est *bloqué mécaniquement* :

- **soit au niveau de la Ligne du « Rivage » du Dispositif capillaire,** entre les deux Territoires Antérieur et Postérieur, par exemple,

— **soit au niveau des Capillaires Périphériques.**

● C'est là que s'effectue sa nidation ; c'est là que va s'opérer l'Evolution parasitaire.

I/ Evolution de l'Embryon Parasitaire Embolisé.

— Bloqué à l'extrémité du Dispositif capillaire, l'Embryon Hexacanthe va se transformer bientôt, en une **Petite Vésicule :**

— contenant un liquide incolore,

— qui va s'enkyster dans le Tissu splénique,

— et représente le début de la phase larvaire du parasite, constituant, dès lors, le « *classique Kyste Hydatique* ».

= Nous disons bien : « *le classique Kyste Hydatique* », car, en fait, ce terme général, est impropre à la dénomination de l'élément évolutif strictement parasitaire.

= Le terme de « kyste hydatique », implique, en effet, **la juxtaposition de deux éléments :**

1° *La Lésion Échinococcique elle-même* — l'hydatide proprement dite, élément vésiculaire d'expansion continue, dont la paroi est constituée, par l'élément noble vésiculaire, la Membrane Germinative.

2° *Une Capsule d'enkystement du parasite*, enveloppe fibroïde qui entoure étroitement le corps étranger parasitaire, et *fait partie du Tissu-hôte*, dont elle représente une transformation scléreuse locale : c'est *le Kyste Adventice.*

C'est l'ensemble de cette Formation Vésiculaire strictement parasitaire et de ce Kyste Adventice — véritable Lit Réactionnel du Viscère Parasité — qui constitue le Kyste Hydatique proprement dit.

1° La Lésion Échinococcique Typique : *La Vésicule Parasitaire.*

— C'est l'Hydatide, phase larvaire du parasite échinococcique, formée par une vessie sphéroïde, tendue et élastique dite vésicule-mère.

= *Cette Hydatide-Mère* (par opposition aux *vésicules-filles* endogènes auxquelles elle peut donner naissance), contient sous tension

Cas personnel : Pièce opératoire après Vidange du Kyste Polaire Inférieur. Noter l'Epaisseur Cuticulo-Adventicielle ; la Membrane-Mère ; une Vésicule-Fille.

(de 3 à 16 cm d'après Dévé — de 30 à 40 cm d'après Bourgeon), un liquide typiquement « Eau de Roche ».

= La paroi de cette vésicule blanche et élastique, est formée de deux couches :

— Une couche externe ; épaisse, stratifiée, lamellaire ; c'est *la Cuticule*, produit d'élaboration de

— La couche interne = La **« Membrane Germinative » ;** Celle-ci, extrêmement mince, de 12 à 15 μ, représente la partie active, l'élément noble de la Vésicule Echinococcique.

= Si, en effet, les Kystes Echinococciques restent *Stériles* au début de leur développement *(« Acéphalocystes »)* et ce — jusqu'à la taille d'une prune environ ; *dès le sixième mois*, ils deviennent fertiles, la Membrane Germinative, donnant naissance à de véritables bourgeons, *« les Capsules Proligères », génératrices des Scolex.*

— Ce sont ces Capsules Proligères, petites bulles blanchâtres appendues à la membrane germinale, et les Scolex, *petites têtes de Ténias invaginés*, — fine poussière blanche de petits corps oviformes —, qui constituent le dépôt pulvérulent, rassemblé à la partie déclive de la Cavité Vésiculaire, *« le Sable Hydatique »* de Dévé.

— C'est la Membrane Germinale elle-même, qui élabore le *Liquide Hydatique* qui emplit la cavité vésiculaire, liquide dans lequel se déversent en outre, les produits élaborés par les cellules excrétrices des nombreux Scolex de l'Hydatide.

2° Evolution de la Vésicule Hydatique.

— Un autre groupe d'éléments parasitaires très importants, est susceptible d'apparaître, au cours de l'évolution de la Formation Échinococcique Primitive : il s'agit des **Vésicules-Filles,** qui sont **de deux types:**

= *Les Vésicules-Filles Endogènes* et *les Vésicules-Filles Exogènes*, dont l'origine, et le mode de développement, sont totalement différents.

La Vésiculation Endogène.

— Il résulte des travaux de Dévé, que la Vésiculation Hydatique Endogène, résulte de l'Évolution Vésiculaire des Scolex, et aboutit à *l'élaboration de Kystes à Contenu Multivésiculaire*, les Vésicules-Filles Endogènes contenues dans la Cavité de l'Hydatide-Mère, pouvant avoir la taille d'une cerise, d'une prune, voire parfois d'une petite orange. *Elles reproduisent exactement la Structure de la Vésicule-Mère et en possèdent les Aptitudes biologiques.*

— Cette Vésiculation Hydatique Endogène, contrairement à des conceptions longtemps classiques, *ne fait nullement partie du Cadre Évolutif Normal de la Vésicule-Mère.*

= Ces Formations Vésiculaires Secondaires sont en effet *strictement accidentelles, résultant d'une Réaction Défensive du parasite hydatique menacé dans sa vitalité.*

= Tout Kyste a Contenu Multivésiculaire est en effet un Kyste ayant souffert, qu'il s'agisse d'une

- Senescence Naturelle de la Vésicule-Mère,
- d'une Agression Extérieure — par rupture spontanée ou ponction du kyste,
- d'une Infection de l'espace périvésiculaire,
- voire même, d'une Maladie Intercurrente du porteur, notamment des infections générales fébriles plus ou moins prolongées.

– Ces circonstances pathogéniques, permettent d'expliquer que *dans la Population Rurale, la proportion des Kystes Multivésiculaires, se montre notablement plus élevée que dans les Milieux Citadins*, l'éloignement des villes, la difficulté relative des soins chirurgicaux, l'insouciance habituelle de ces milieux ruraux, contribuant à ne voir opérer ces malades, qu'à une époque relativement tardive.

— A l'inverse, il est intéressant de noter que *chez l'Enfant et l'Adolescent*, les Kystes Hydatiques, même volumineux, *sont Neuf fois sur Dix, dépourvus de Vésicules-Filles*, ce qui est parfaitement logique, lorsque l'on considère que *les Circonstances Favorisantes de la Vésiculation Endogène, augmentent de fréquence, avec l'Age de la Lésion et du Porteur.*

La Vésiculation Exogène.

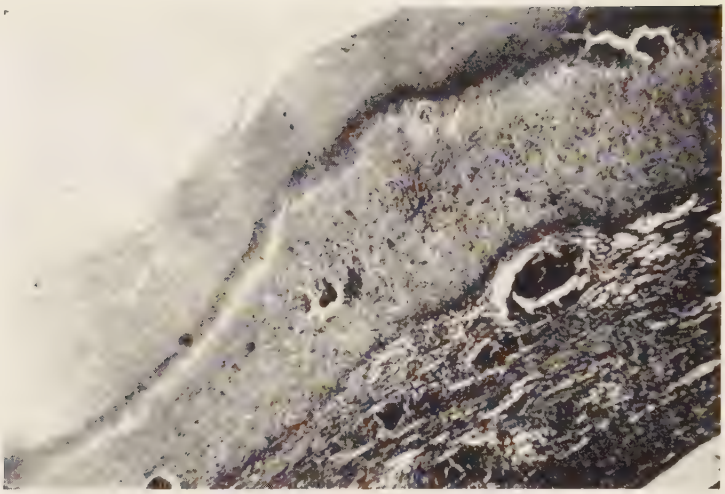
— Le Processus de Vésiculation Hydatique Exogène, *n'a strictement Aucun Point Commun avec la Vésiculation Endogène.*

= Elle résulte en effet de l'élaboration d'Enclaves Intracuticulaires, Interlamellaires, *Véritables Soufflures de Désunion des Strates Lamellaires Anhistes Maternelles.*

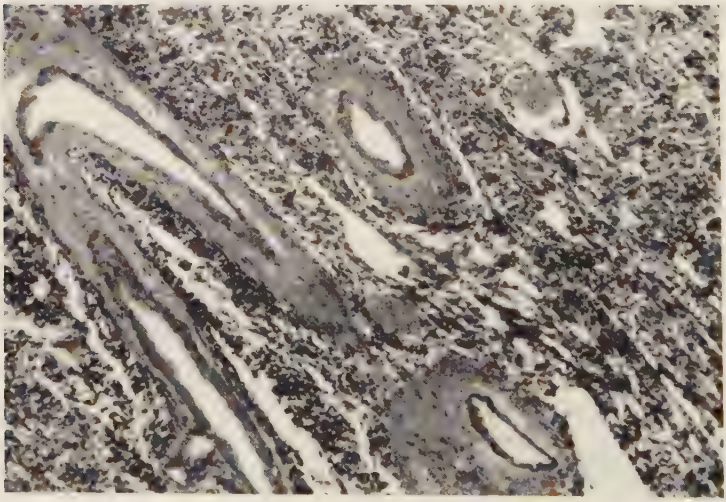
= *Ces Ilots Germinatifs, issus de la Membrane Proligère Primitive*, ces Vésicules Exogènes, augmentent progressivement de volume et viennent faire saillie à la surface de la Vésicule-Mère Originelle :

— soutenues par la tension de celle-ci, elles tendent à déprimer à leur niveau la Paroi Adventice,

— Ces Vésicules Exogènes — qui sont souvent d'ailleurs précocement scolérifères — ne sont pas rares dans l'Hydatidose Splénique, et dans les cas, où un traitement conservateur, aura pu sembler — malgré tout – opportun, on ne devra pas perdre de vue, l'éventualité toujours possible, de ces Formations Exogènes incrustées dans la Paroi Adventice qui — non détectées — soustraites à l'Action Parasiticide d'un Formolage préalable incapable de les atteindre — peuvent être à l'origine de Récidives Post-opératoires.



Zone Périkystique au faible Grossissement.
— Zone de nécrose au contact du kyste.
— Nappe de tissu fibreux stratifié représentant la zone de transition avec le Tissu Splénique. (R. Bourgeon)



Zone Périkystique au fort grossissement, objectivant : les Cordons fibreux ; des Sinus comprimés ; des Vaisseaux Trabéculaires à lumière rétrécie englobés dans un manchon de Réaction Scléreuse lamellaire. (R. Bourgeon)

3° Le Kyste Adventice.

— C'est là, la Capsule Fibroïde qui entoure étroitement le corps étranger parasitaire.

= *C'est la Rate elle-même qui fournit cette Coque Adventice, véritable Tassement du Parenchyme splénique, dont l'involution cellulaire progresse au fur et à mesure que s'accentue la pression exercée par la croissance de la vésicule parasitaire.*

= Cette enveloppe ne représente donc qu'une *Transformation Scléreuse Locale du Tissu Splénique.*

Elle se continue progressivement avec le paranchyme sain, sans aucun plan de clivage intermédiaire, et résulte de l'intrication de trois processus réactionnels, mécanique, toxique et inflammatoire.

— L'Expansion progressive et continue de la Vésicule Primitive, provoque une Distension du Tissu Splénique;

= La masse incompressible de la Vésicule, par sa pression excentrique, écrase peu à peu les vaisseaux segmentaires, amenant une Raréfaction Circulatoire Locale.

= Il en résulte une Atrophie Scléreuse Extensive des éléments nobles du Tissu splénique, tandis que les éléments conjonctifs interstitiels, subissent une Transformation Fibreuse.

= Le Tissu Splénique sous-jacent au Kyste, présente — comme l'a montré Bourgeon — des signes de Splénite Chronique avec Raréfaction de la Pulpe Blanche, réduite à quelques Amas lymphoïdes.

– Il y a Atrophie des Cordons de Billroth qui sont formés uniquement de cellules réticulaires et ne contiennent pas d'éléments libres. Les sinus béants ne renferment que de rares hématies et des cellules endothéliales desquamées.

= Dans l'Adventice même, les vaisseaux sanguins de petit calibre inclus dans cette coque, ne tardent pas — étant comprimés — à s'oblitérer par soudure de leur Intima.

— *On conçoit ainsi aisément que le Kyste Adventice lui-même, et les Zones juxta-kystiques, soient à peu près Avasculaires.* Il en résulte l'apparition de *Zones de Nécrose Kystiques et Juxta-kystiques* où le Parenchyme splénique n'est plus identifiable et dont l'aboutissant à plus ou moins long terme sera *la Calcification.*

= La Zone de Transition avec le Tissu Splénique encore respecté, est — quant à elle — constituée par une nappe de tissu fibreux stratifié, formée de « Cordons de Billroth sclérosés, de fibrocytes et de travées de la charpente splénique ».

— Après un temps plus ou moins long, cette Zone juxta-parasitaire de la capsule, envahie par la Nécrose d'extension progressive, tendra à se charger de sels calcaires.

— Cet Encroûtement Calcaire, cette tendance à la Calcification par plages irrégulières, sera d'ailleurs bien visible sur les clichés radiologiques, et semble assez fréquente, dans les Kystes anciens (1/3 des cas d'ACEVEDO et MORADOR).

— Cette Coque Adventice, mince au début, a tendance à s'épaissir de façon notable dans les Kystes Spléniques, car si l'importance des Réactions Inflammatoires Périphériques est un facteur d'épaississement adventiciel, *l'élément déterminant dans la Prolifération Capsulaire Intra-viscérale, est l'abondance du Tissu Conjonctif contenu normalement dans l'intimité du Viscère parasité.*

= Tout comme les Hydatidoses Hépatique et Rénale, l'Hydatidose Splénique est ainsi une Lésion, dont le Devenir Adventiciel est en règle d'épaisseur notable, contrairement d'ailleurs aux Hydatidoses Pulmonaire et Cérébrale.

= La Membrane Adventice de notre premier Kyste hydatique, était épaisse d'un demi-centimètre environ ; quant à celle de la Masse Kystique principale de 2 litres 5 de notre deuxième observation, elle atteignait un bon centimètre. Bourgeon signale un Kyste de trois litres dont la Coque Adventicielle atteignait deux centimètres.

II/ Le Retentissement Viscéral de la Lésion Parasitaire.

— Si le Parenchyme Splénique, subit localement — dans la zone juxta-vésiculaire — une Atrophie Scléreuse Progressive, *dans le reste de son étendue, le Tissu Splénique est profondément Mutilé.*

— L'expansion kystique par refoulement et compression, *ne laisse en effet persister, que de Minces Lames de Parenchyme Splénique, dont la disposition en Cupules Marginales, est diamètralement opposée à la Zone d'implantation kystique*, que celle-ci soit Polaire inférieure, Polaire supérieure ou Juxta-hilaire.

— Ces notions évolutives du Parenchyme résiduel, ces lésions mutilantes, sont loin, certes, de « *l'hypertrophie compensatrice du parenchyme restant* » affirmée par Davaine dès 1860 et reprise par Dévé, Concetti, Montureux et Dieulafoy.

= **Bourgeon**, *par des Artériographies sélectives, a pu — en effet — contester cette notion d'Hyperplasie Réactionnelle longtemps retenue, et attribue les cas — malgré tout non exceptionnels « d'abondance parenchymateuse juxta-kystique », soit à une Splénomégalie Antérieure, soit à une Stase par Compression Veineuse.*

III/ Les Conséquences Périviscérales : la Périsplénite.

— Ce Processus Périhydatique d'Atrophie Viscérale Nécro-inflammatoire — comme tout processus d'Infarcissement Splénique — *détermine de façon constante, des Adhérences Périspléniques, par Retentissement Inflammatoire Capsulo-Viscéral* (R. Bourgeon).

= Ces Phénomènes de Périsplénite *sont absolument Constants*, existant tout aussi bien, dans les Kystes Clairs, que dans les Kystes Suppurés, et ils sont fréquemment responsables de Difficultés techniques opératoires.

= Ces Adhérences sont *rarement Monoviscérales*, comme dans notre première observation, où les adhérences, n'étaient qu'Angulo-Coliques gauches.

= *Le plus souvent Pluriviscérales*, ces connexions, se font avec les formations anatomiques les plus proches, fixant la Tumeur, aussi bien au Diaphragme, qu'au Colon, à l'Estomac, à l'Épiploon, voire à la Paroi.

— Notre deuxième Kyste, montre bien l'importance et la multiplicité de ce Processus Adhérentiel Péritumoral. En dehors d'Adhérences intimes avec l'Angle Colique Gauche, existaient en effet, des Connexions avec l'Auvent chondro-costal en avant ; la Paroi abdominale en arrière ; le Diaphragme latéralement ; la face antérieure du Rein et le Pédicule vasculaire Rétro-péritonéal en arrière.

— Dans un cas de Delbecq, le Kyste — descendu dans le Bassin — adhérait même à la Vessie et au Rectum.

IV/ Les Complications proprement dites de la Lésion Parasitaire.

— Pour donner une unité à ce chapitre, notre plan d'exposé aura pour base, les Éléments Constitutifs du « Kyste Hydatique », dont nous envisagerons pas à pas, les Anomalies Évolutives Respectives.

A/ Les Complications liées aux Anomalies Évolutives des Parois Kystiques

1° — La Calcification Adventicielle.

2° — La Multivésiculation.

3° — La Multisacculation Corticale Exogène.

4° - L'Effraction fissuraire Membrano-adventicielle dans l'Enceinte Fibreuse Périparasitaire : « l'Échinococcose Secondaire Locale ».

5° - La Rupture Externe des Kystes Spléniques, par Éclatement global des Parois kystiques.

- Ses Conséquences :

1 / L'Échinococcose Secondaire Péritonéale.

— Le cas particulier des Kystes Hydatiques du Bassin.

— Une Forme Atypique : « La Péritonite Encapsulante Hydatique ».

2 / Les Ruptures dans un Organe Creux.

3 / Les Ruptures Intra-thoraciques.

— Echinococcose secondaire de la Plèvre.

4 / L'Ouverture à la Peau.

6° - Le cas particulier de la Rupture Isolée de la Membrane Adventice : « l'Échinococcose Primitive Hétérotopique ».

B/ Les Complications liées aux Altérations du Liquide Hydatique.

— Les Kystes Spléniques Infectés.

C/ Les Complications « Ambiantes », de Voisinage.

— Les Adhérences.

— Les Compressions.

A/ *Les Complications liées aux Anomalies Evolutives des Parois Kystiques.*

1°// — La Calcification Adventicielle.

— Nous avons abordé ce problème, en étudiant le kyste adventice proprement dit.

= Cette *Calcification par Plages Irrégulières*, des Zones kystiques et juxta-kystiques, est l'aboutissant à plus ou moins long terme, de la Nécrose d'extension progressive qui frappe ces Zones devenues pratiquement Avasculaires.

= *Ce Processus de précipitation calcique, cuirasse littéralement la paroi parasitaire* et n'est nullement exceptionnel.

— Goinard affirme même, que la Rate est plus exposée que tout autre organe à cette calcification.

— Elle est, en tout cas, *l'Apanage des Lésions Anciennes*, et est, par là-même, *plus fréquente dans les Kystes Multivésiculaires.*

= Acevedo et Morador ont constaté cette calcification dans Quatre cas sur Douze ; Bourgeon dans Quatre cas sur Seize.

= Bien visible à la Radiographie, cette altération de la paroi kystique, représente en tout cas, une complication non négligeable, tant par ses incidences cliniques que par ses conséquences per et post-opératoires.

2°// — La Multivésiculation.

— Nous avons déjà développé cette question de la Multivésiculation Endogène et Exogène, qui constituent bien, des Anomalies d'évolution vésiculaire, liées à *de Véritables « Stress » Parasitaires.*

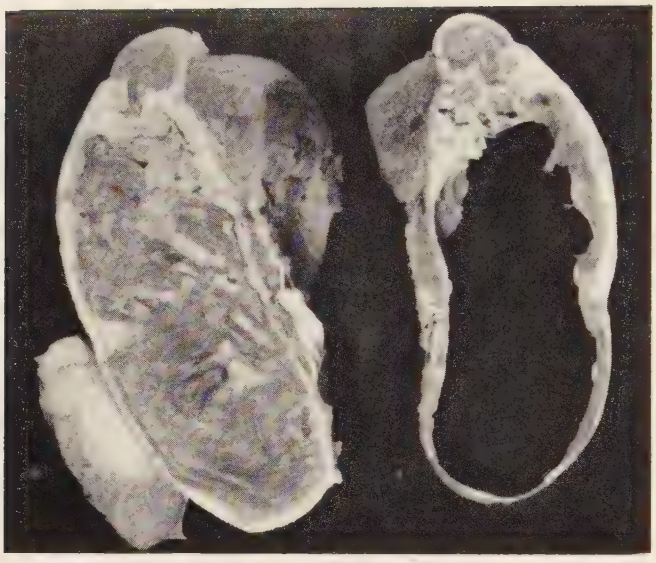
3°// — A un stade évolutif plus complexe, la Multivésiculation Exogène peut aboutir, et ce n'est pas rare dans l'Echinococcose Splénique, à une

— Multisacculation Corticale Exogène.

= Cette Plurisacculation Secondaire, est issue d'un Kyste Unique, et *résulte de la formation progressive de Saccules Diverticulaires issus du Kyste Adventice, par une Nidation Vésiculaire Exogène Active poussée à son maximum.*

= Ainsi se trouve constitué, un Conglomérat de nombreux Saccules plus ou moins réguliers, autour d'un gros Kyste Central.

= Tantôt, une communication manifeste existe, entre ces diverticules et la masse principale, et l'on se trouve alors devant une *Forme Labyrinthique Typique* de l'Echinococcose Splénique.



MULTISACCULATION CORTICALE EXOGENE ANARCHIQUE
issue d'une Lésion Polaire Inférieure

— *Formations Diverticulaires en Logettes du Kyste Inaugural ;*
— *quelques saccules de néoformation devenus indépendants, en reliefs périspléniques.* (R. Bourgeon)

= Tantôt *les Saccules semblent devenus Indépendants de la Cavité centrale*, et l'on est en présence d'une poche fibreuse de forme anarchique, hérissée de Saccules en relief, représentant autant de petits kystes hydatiques vivaces, fertiles, isolés littéralement de la masse principale par quelques strates adventicielles : ce sont là, autant de Formations Vésiculaires nées d'Inclusions Germinatives Intra-cuticulaires à Tendance exogène.

4°// — Multisacculation Corticale Exogène et Fissuration Membrano-Adventicielle dans l'Enceinte Fibreuse Péri-parasitaire responsable d'une Échinococcose Secondaire Locale.

— Nous ne sommes pas loin, certes, devant cette Prolifération Diverticulaire et Vésiculaire plus ou moins Diffuse ou Labyrinthique qui colonise de proche en proche à partir de la Lésion Échinococcique Primitive, de l'Échinococcose Secondaire Locale, dont nous précisions le cadre strict, au début de ce travail.

= Pratiquement, il est bien certain qu'il n'existe pas de frontière nette entre cette Multisacculation Corticale Exogène et une Échinococcose Secondaire Locale Circonscrite,

— qui implique une Fissuration de la coque adventicielle au cours de l'accroissement de la Vésicule Hydatique Primitive,

- détermine ainsi de véritables Ectropions de la Membrane Germinative,

— et amène, du même coup, un Ensemencement local dont la traduction, est l'apparition de Kystes multiples juxtaposés, dont la taille et l'âge sont différents.

= Mais pathogéniquement, la différence est nette, indiscutable :

— *La Multisacculation* résulte en effet, de la mise en marche du Processus évolutif, actif, d'Inclusions Germinatives Adventicielles, *aboutissant à la Formation de véritables vésicules-filles intra-adventicielles, inter-lamellaires.*

● Qu'au gré de l'accroissement de la vésicule-mère ou des vésicules-filles sous tension, le feuillet interne de cloisonnement adventiciel se rompe, et l'on aboutit à une Multisacculation labyrinthique par véritable abouchement avec la masse principale de petites masses kystiques initialement limitées à des soufflures intra-adventicielles périphériques.

— Par contre, *l'Échinococcose Secondaire Locale implique une Fissuration première de la coque adventice d'une part, et de la membrane-mère* d'autre part.

— L'essaimage local pourra ainsi, tout aussi bien résulter

= de l'exclusion de fragments adventiciels germinatifs — véritable libération, dans l'enceinte fibreuse péri-kystique, d'inclusions germinatives,

= que du développement, pour leur propre compte, d'éléments parasitaires vivaces, libérés de la cavité de la vésicule-mère, comme les capsules proligères ou les scolex.

-= Telle est notre opinion personnelle sur le cadre évolutif bien distinct de ces deux Anomalies d'Involution du Kyste Hydatique Primitif Splénique.

— Quoiqu'il en soit, qu'il s'agisse de Multisacculation Exogène ou d'Échinococcose Secondaire Locale, on aboutit tantôt, et ce dans l'une seulement des modalités du premier tableau,

-— à une apparence de Kystes Multiples Juxtaposés, qui ne se révèle être à la coupe qu'une Sacculation Diverticulaire du Kyste Primitif; tantôt, et ce, dans les deux clauses involutives,

· à un Ensemble de Kystes Multiples Juxtaposés, dont les stades évolutifs sont différents.

= Notre deuxième cas était sans nul doute, un cas d'Échinococcose Splénique Secondaire Locale Vraie ;

— constituée de la Juxtaposition de Trois Kystes, la Masse Lésionnelle comportait en effet :

= Une Masse principale,

● contenant environ 2 litres 5 de liquide,

● ayant complètement disloqué la Rate — réduite à un mince croissant antérieur et interne.

= Deux Masses moins volumineuses étaient appendues à cette lésion primitive :

— une Masse antérieure et médiale,

— et une Masse inférieure.

—· La coupe de cette pièce véritablement monstrueuse, permit de mettre en évidence, trois Vésicules parfaitement distinctes, la Masse principale représentant, de toute évidence, l'Hydatide-Souche, la Lésion Parasitaire Primitive.

5°// — La Rupture Externe des Kystes Spléniques par Éclatement global des Parois Kystiques.

— Il est essentiel de bien noter avant tout, que *les Kystes Hydatiques de la Rate ont une Individualité bien particulière sous cet angle évolutif, qui les distinguent totalement des Kystes Hydatiques du Foie.*

= Si ceux-ci, en effet, ne provoquent, en général, ni réactions adhésives, ni réactions exsudatives de la part des séreuses voisines, et « *font librement saillie dans la Cavité de ces Séreuses* » (Dévé), les Kystes Hydatiques de la Rate, par contre, dont les Adhérences Péri-spléniques sont Constantes et en règle Complexes, ont un *Processus de Rupture bien distinct et plus polymorphe.*

— Moins fragiles que les Lésions Vésiculaires Hépatiques, directement « *offertes* » *aux Traumatismes sous la Paroi Abdominale*, relativement cuirassés par **un Capitonnage Multi-adhérentiel Régional**, *l'Élément Traumatique jouera moins pour ces Kystes Spléniques, dans la survenue brutale de cet accident.*

— La Rupture, sera le fait, en règle, d'un *Traumatisme direct violent*, et non de circonstances banales d'activité de la vie courante — léger effort — simple geste — ou simple pression modérée exagérant un instant la tension de la vésicule parasitaire, éléments qui suffisent aux ruptures cataclysmiques des kystes hépatiques.

— Mais si *la Périsplénite* intervient en quelque sorte, comme un Bouclier rendant moins efficaces les contre-coups de traumatismes directs modérés ou de traumatismes indirects, elle est — à l'inverse — *responsable de Véritables Pontages Spléno-viscéraux constitués par les Coulées Adhérentielles.*

- Celles-ci réalisent, autant de voies offertes aux expansions diverticulaires du kyste, aboutissant à la longue, par une Tunnelisation de proche en proche, à *une Issue Tentaculaire parasitaire dans l'Organe ainsi relié à la Rate par la Coulée adhérentielle.*
- Au terme ultime de la résistance du Couvercle Membrano-Adventiciel à la Tension extensive Intravésiculaire, se produira une *Rupture Fragmentaire du Kyste dans l'Organe ainsi connecté.*
- Quoiqu'il en soit, cette Rupture sera responsable **d'une Infestation Parasitaire « à distance »**, que celle-ci soit due à l'expulsion d'hydatides toutes formées, déversées par l'éclatement d'un kyste multivésiculaire, ou qu'elle naisse de l'évolution de scolex — hydatides en puissance — libérés par la rupture d'un kyste univésiculaire.

1/ — Dans 90 % des cas, cette Rupture Externe des kystes hydatiques de la Rate se fera dans la Séreuse péritonéale, et sera dès lors, responsable d'une **Échinococcose Secondaire Péritonéale.**

= En effet, tombés dans la cavité péritonéale, les éléments échinococciques en cause (Hydatides ou Scolex) se trouvent rapidement enrobés, par un Exsudat fibrineux, qui les agglutine à la surface de la Séreuse, soit individuellement, soit en groupes.

- Tandis que la fibrine enrobante s'organise, sa surface se couvre d'un endothélium de nouvelle formation, se continuant avec le revêtement endothelial de la séreuse.
- Dès lors, le corps étranger parasitaire en activité, se trouve enkysté sous l'endothélium péritonéal.
- Il va se greffer et faire corps avec le revêtement séreux viscéral ou pariétal, *et sous l'influence des pressions*

de voisinage, il pourra venir s'enchatonner dans un viscère adjacent.

= Habituellement, cette Infestation de la Cavité Abdomino-Pelvienne, aboutit à une Eclosion de Kystes Multiples, à une **Forme généralisée** ; mais les formes partielles, parfois discrètes, ne sont pas, pour autant, exceptionnelles.

= Quoi qu'il en soit, tout point de la Cavité Abdomino-Pelvienne, peut être le siège d'une Nidation secondaire et l'on peut — disait Dévé — « *isoler autant de variétés anatomiques de kystes hydatiques de la cavité abdomino-pelvienne qu'il y a de centimètres carrés de surface péritonéale* ».

— **Les Kystes du Grand Epiploon** représentent la forme la plus fréquente, la plus banale de l'Echinococcose Secondaire du Péritoine,

— **Les Kystes Hydatiques du Bassin**, en représentent *la Localisation Déclive*, ce qui explique leur fréquence. Ils méritent une attention particulière :

= Ces kystes pourront se trouver localisés dans les points les plus divers de la cavité pelvienne ; sur les parois latéro-vésicales, dans le cul de sac vésico-utérin, à la base d'un ligament large, au niveau d'un ovaire, à la surface d'une trompe, de l'utérus.

= Qu'ils soient uniques ou multiples — modalité la plus fréquente — ces kystes, sont — en règle générale — accompagnés d'autres kystes péritonéaux secondaires, localisés dans l'épiploon, le mésentère, les fosses iliaques ou dans les parties hautes de l'abdomen, jusqu'au diaphragme.

= Et dans ces cas de kystes multiples de la cavité abdomino-pelvienne, il est intéressant de noter que *c'est généralement dans le bassin que siègent le ou les kystes les plus volumineux.*

— De cette notion, découle en tout cas, la nécessité, d'une exploration stricte de la cavité abdominale, lors de la découverte opératoire, d'un ou de plusieurs kystes pelviens ; et ce d'autant plus, que l'échinococcose pelvienne primitive, semble une pure vue de l'esprit. (En dehors du cas particulier des kystes primitifs hétérotopiques » sur lesquels nous reviendrons).

= Il est fréquent, par ailleurs, que parmi ces multiples greffes parasitaires abdomino-pelviennes, un nombre restreint de kystes secondaires, soient en activité, les autres étant entrés en involution = Toupet, Dévé et Leudet publièrent ainsi, plusieurs cas de kystes multiples abdomino-pelviens, où seuls, un, deux, voire trois kystes, étaient en activité.

— L'Aboutissant plus ou moins tardif de ces Tumeurs Hydatiques Secondaires Expansives, sera une compression des organes pelviens, avec nécrose et atrophie progressive de leur paroi, pouvant même aller jusqu'à la rupture des kystes au sein de leur cavité.

= Dévé cite ainsi, le cas « d'une jeune fille chez laquelle une masse pelvienne polykystique avait chassé l'utérus hors de la cavité pelvienne, en violant l'hymen de dedans en dehors et en provoquant un prolapsus utérin irréductible ».

= Les uretères ne sont pas exempts de ces compressions tumorales, et Hop-Grand a même signalé, un cas d'effraction pyélo-urétérale avec hydaturie.

— Dévé a décrit en outre, une forme atypique d'Echinococcose Secondaire Péritonéale, véritable **« Péritonite Encapsulante Hydatique »**, consistant en une Formation Sacculaire Intra-abdominale,

- de grande dimension en général,
- circonscrite par une Néo-membrane d'enkystement,
- contenant un liquide trouble, où baignent librement de nombreuses vésicules hydatiques nues.

2 — **Les Ruptures dans un Organe Creux.**

— Estomac, colon, anses grêles —, sont surtout le fait de ces Ruptures Pédonculaires Parasitaires à cheminement adhérentiel.

= Rares dans l'estomac (une observation de Gérin-Roze et un cas de Silvestrini), elles sont plus fréquentes dans la lumière colique, et furent révélatrices dans deux cas de Brault et Berthelot.

3 — **Les Ruptures Intra-Thoraciques**,

relèvent du même processus.

= Elles sont l'apanage des Kystes Polaires Supérieurs, qui contractent des adhérences avec le Diaphragme, la Plèvre, et même le Poumon.

= *A travers ces Néo-formations Adhérentielles, des Pédoncules parasitaires se frayeront pas à pas un chemin*, pouvant donner lieu à une Echinococcose Secondaire de la Plèvre (un cas de Guérin), voire à une Rupture dans une Lumière bronchique, complication nullement exceptionnelle.

4 — **L'Ouverture à la Peau**,

est signalée cinq fois dans la littérature .

= Un cas de Bourgeon, avec fistulisation au niveau du flanc gauche.

= Deux cas de Note, à fistulisations sous-costales gauches
= Enfin deux cas de Petit et Lainé.

6°// — Le cas particulier de la Rupture Isolée de la Membrane Adventice :

« L'Echinococcose Primitive Hétérotopique ».

— Une forme de rupture de la lésion parasitaire, est à bien individualiser, de ces formes qui impliquent un éclatement global de toutes les enveloppes parasitaires.

= Toutes ces formes d'Echinococcose Secondaire ne surviennent en effet, qu'après Rupture de l'Adventice d'une part, mais également de la Membrane-Mère.

= **Une Rupture isolée de la Membrane Adventice** de la lésion splénique primitive, peut survenir, *Accouchant littéralement la Formation Vésiculaire Primitive dans la Cavité abdomino-pelvienne :* c'est « l'Echinococcose Primitive Hétérotopique » de Dévé.

= Cette mise en liberté dans la séreuse, de l'hydatide-mère, primitivement intra-splénique, ne peut être due, qu'à un *traumatisme relativement minime ayant pu respecter la membrane-mère.*

= Cet accident, paraît ainsi *plus fréquent chez l'enfant*, du fait de la minceur du kyste adventice à cet âge.

= Le volume de l'hydatide-mère énucléée de sa poche, est variable, pouvant varier de celui d'une orange, à celui d'une tête de fœtus.

= A l'intervention, *cette Hydatide Ectopique*, se révèlera,

- tantôt nue, en véritable grelot complètement libre dans la cavité abdomino-pelvienne,
- tantôt plus ou moins agglutinée aux parois par un réseau fibrineux,
- tantôt franchement réenkystée, par élaboration de multiples adhérences péri-vésiculaires.

= Le plus souvent, cette « Hydatide Primitive Ectopique », est découverte dans le Bassin, la vésicule parasitaire ayant été entraînée par son poids, dans cette Région Déclive de la Cavité péritonéale.

= Quant à la Cicatrice Adventicielle d'Origine, elle pourra tout aussi bien se révéler, en large déchirure béante de la coque, qu'en une fissure moins nette déjà affaissée.

— Trois cas de cette *Forme Primitive Hétérotopique Péritonéale d'origine Splénique* ont été publiés :

= un cas de Sabadini,
= un cas d'Acevedo,
= et un cas de Bourgeon récemment.

B/ *Les Complications liées aux Altérations du Liquide Hydatique.*

= Les Kystes Spléniques Infectés.

-- **Aucune analogie n'existe, entre l'Infection des Kystes Hydatiques du Foie et celle des Kystes Hydatiques de la Rate.**

= Elle est très fréquente dans les localisations échinococciques hépatiques, par abouchement « en bec de flûte » des canaux biliaires, dans l'espace linéaire péri-vésiculaire sous l'effet de la nécrose locale.
Cette effraction muco-parasitaire est constamment suivie d'une infection biliaire, à l'origine de suppurations kystiques anaérobies.

-- *Dans la Rate, dépourvue de canaux muqueux, l'infection du kyste, impliquera par contre, le plus souvent, une Origine Sanguine.*

Elle pourra également se faire par contiguité, voire par voie lymphatique, autre incidence des connexions intimes de la lésion parasitaire avec le colon et les anses grêles.

Il s'agit, en règle, d'une *Infection à Colibacilles*, comme l'ont montré Tuffier, d'Antona et Gianettario.

C/ — *Les complications « Ambiantes », de Voisinage.*

1°// — Nous ne reviendrons pas sur

Les Adhérences Péri-spléniques,

— dues à un retentissement inflammatoire capsulo-viscéral du processus d'atrophie parenchymateuse nécro-inflammatoire péri-vésiculaire.

= Elles sont constantes, pluri-viscérales en règle, et sont *responsables d'une part de la symptomatologie fonctionnelle, tout en constituant autant de servitudes opératoires que nous devrons prendre en considération lors de la détermination thérapeutique.*

2°// — Les Compressions.

— Nous avons déjà étudié les incidences de l'expansion de la tumeur parasitaire sur le parenchyme splénique lui-même.

— Quant aux Compressions sur les Organes de Voisinage,

= *elles sont la résultante évidente d'un complexe*

— *de refoulement simple, par l'expansion tumorale,*

— *et d'un processus d'envahissement pariétal par périsplénite extensive.*

= Leur Multiplicité résulte, *des Topographies Variées d'Implantation et d'Évolution Descendante ou Ascendante de la Lésion Parasitaire.*

PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ECHINOCOCCOSE SPLÉNIQUE SECONDAIRE

— Nous avons déjà défini cette variété d'échinococcose splénique par Infestation Secondaire, lors de notre analyse du Double Cadre Pathogénique de cette Affection.

— Sous l'angle général de l'Échinococcose Péritonéale, nous avons par ailleurs abordé le problème du processus de colonisation d'un viscère quelconque, par Rupture d'un Kyste hydatique primitif fertile ; qu'il y ait eu ensemencement péritonéal

— d'hydatides toutes formées, en cas de kyste multivésiculaire originel,

— ou de scolex = hydatides en puissance = lors de l'effraction d'un kyste univésiculaire.

— Nous avons montré, combien *la Loge splénique est une Cible toute trouvée pour les éléments échinococciques libérés par Rupture des Kystes Hydatiques du Foie :*

= du fait de sa « Position » de Déclivité Optima dans l'Espace péritonéal sous-diaphragmatique,

= et par ce Voisinage si « Propice » du Lobe gauche du Foie.

= Les travaux de Dévé, ont montré *combien sont parfaitement réglées les étapes successives de cheminement du corps étranger parasitaire libéré au sein de la séreuse péritonéale.*

— Rapidement enrobé d'un exsudat d'agglutination fibrineux, des néo-formations endothéliales péritonéales vont bientôt englober l'élément échinococcique, l'enkystant, le « greffant » véritablement dans le revêtement séreux splénique.

— Sous l'influence des pressions de voisinage, cet élément, finira par s'enchatonner dans la Rate « *au point de ne plus faire saillie à sa surface* ».

= Dès lors, *indifférenciable d'une Lésion Primitive, il poursuivra son évolution au sein du parenchyme splénique, en en calquant le cortège de Lésions Viscérales et Périviscérales.*

LES DONNÉES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

- Les Trois Formes Anatomo-Chirurgicales de Kystes Hydatiques de la Rate.
- Le Volume des Kystes.
- Retentissement de l'Involution Kystique sur son Contenu.
- Le Problème de la Multiplicité des Kystes Hydatiques.

Les Trois Formes Anatomo-Chirurgicales de Kystes Hydatiques de la Rate.

— Prenant pour critère, la localisation, l' « Atmosphère » Anatomique d'Expansion Tumorale, Sabadini en 1935 — s'appuyant sur cinquante neuf cas précis, dont quarante-huit étaient abdominaux et neuf thoraciques — définissait trois formes anatomo-chirurgicales de Kystes Hydatiques de la Rate,

— une Forme Abdominale

— une Forme Thoracique

— une Forme Thoraco-Abdominale.

= Cette distinction devenue classique, succédait à celle « par trop schématique et irréelle » disait Sabadini, définie en 1898 par Dieulafoy et qui divisait les Kystes Hydatiques de la Rate en Kystes **centraux**, **marginaux** et **juxta-spléniques.**

— ● La Forme Abdominale est *de loin la plus fréquente*,

● La Forme Thoracique l'est nettement moins.

● La Forme Thoraco-Abdominale est beaucoup plus rare.

= Les chiffres rapportés par les différents auteurs sont les suivants :

Sabadini : 59 cas { 48 abdominaux / 9 thoraciques / 2 thoraco-abdominaux

Kourias : 36 cas { 19 abdominaux / 10 thoraciques / 7 thoraco-abdominaux

Bourgeon : 13 cas { 8 abdominaux / 3 thoraciques / 2 thoraco-abdominaux

= Ces **Critères évolutifs** *bien distincts sont évidemment essentiels* tant sous l'angle clinique que pour la tactique opératoire, étant en particulier *déterminants, pour le choix de la Voie d'Abord.*

Le Volume des Kystes.

I/ Les Facteurs Extra-Parasitaires

permettant d'expliquer les grandes dimensions quasi-constantes des pièces opératoires.

1 La Latence Initiale Lésionnelle,

Conséquence des rapports anatomiques de la loge splénique.

2 L'intervention des Facteurs Humains dans le « Retard Diagnostique »,

après Extériorisation, impossible à méconnaître, de la Tumeur splénique.

★

II/ Echelle de Grandeur des Formations Kystiques.

★

III/ Les Rapports existant entre
Le Volume des kystes
Et les Modalités d'Evolution parasitaire.

Les Formations parasitaires les plus volumineuses :

Les Kystes Uniques, typiques, ayant évolué sans agression extérieure.

Le cas des Kystes Multivésiculaires.

I/ Les Facteurs Extra-Parasitaires permettant d'expliquer les grandes dimensions quasi-constantes des pièces opératoires.

— Mises à part, les Lésions débutantes d'Echinococcose Splénique Secondaire, découvertes fortuitement au cours d'une Laparotomie imposée par une autre localisation hydatique à symptomatologie bruyante, le Volume important des Kystes Spléniques est quasi une règle, de multiples facteurs intervenant

= pour laisser — durant des années — à la Vésicule Hydatique, **sa pleine autonomie d'expansion « inexorable »**,

= et ne donner lieu que tardivement à l'intervention, qui appréciera les dimensions d'une *pièce opératoire « d'âge mûr »*, à l'éclosion souvent fort lointaine.

C'est tout le problème de ce que nous avons appelé — lors de l'étude Etiologique — la **« Mutation-Horaire »**, qui fausse les statistiques concernant l'âge de l'Individu-hôte, dont les chiffres restituent en fait « *l'Horaire* » *de dépistage, l'Age diagnostique du sujet infesté*, alors que *la majorité des kystes reconnus et opérés chez l'adulte ont été — dans la majorité des cas — contractés dans le jeune âge.*

= Les « *Mensurations* » Tumorales ne sont qu'un autre reflet de ce « Retard Diagnostique », du *Long Intervalle Libre « Infestation-Diagnostic »*.

— Les Facteurs intervenant dans cet intervalle libre durant lequel, l'Expansion tumorale poursuit — dans sa voie évolutive normale — sa constante progression menant le kyste « pas à pas » vers des *dimensions considérables*, sont mixtes.

= Les uns, sont liés aux *modalités évolutives propres de la Tumeur*,

= Les autres, sont *strictement liés au Contexte humain*, aux critères psycho-somatiques et raciaux de l'individu-hôte, fréquent « végétatif » par nature, ou parce qu'une civilisation en touches disparates, n'a pas eu les moyens ou le souci de son évolution.

— 1 **La Latence Initiale Lésionnelle,**

Conséquence des rapports anatomiques de la loge splénique.

= La latence initiale de la lésion parasitaire, est en effet, la règle :

- Elle est due à « *la Complaisance* » *de la Loge Splénique, Abri Muet dissimulant son corps étranger parasitaire sous l'auvent costal*, l'élasticité des viscères périphériques longtemps refoulés sans incident, contribuant mieux encore, à affermir cette latence d'évolution :
- Celle-ci a d'ailleurs permis à Concetti d'objectiver — sur l'étude de 41 observations précises — une durée d'évolution latente étale de 3 semaines à 12 ans.

— 2 **Intervention des Facteurs humains dans le Retard diagnostique** après *Extériorisation* — impossible à méconnaître — de la Tumeur Splénique.

= Mais ce kyste hydatique de la rate finit toujours, à la longue, par s'extérioriser ; et c'est après cette extériorisation évidente, que — malgré une symptomatologie inévitablement plus bruyante — les Facteurs humains ; l'indolence ancestrale, le fatalisme, l'ignorance, l'absence d'éducation sanitaire, — contribueront à repousser encore le « *Terme Chirurgical* », à moins qu'une complication dramatique n'ait pu déterminer plus tôt un Réflexe d'Alarme.

II/ Echelle de Grandeur des Formations Kystiques.

= De tout ceci résulte qu'en règle, les kystes sont découverts volumineux, voire énormes, monstrueux, comme l'objectivait le quart des observations colligées par Sabadini.

= ● 26 cas de Kourias, Sapcas et Baloudis rapportés par Bourgeon, étaient des formations parasitaires dont les tailles étaient comprises entre celle d'une tête d'embryon et celle d'une tête d'enfant.

● Leurs six autres cas atteignaient ou dépassaient le volume d'une tête d'homme.

= Bourgeon, dans ses observations personnelles, signale
— une formation vésiculaire de 4 litres environ,
— et deux kystes dont le contenu atteignait une dizaine de litres.

= Nos deux observations portaient
— La première, sur un kyste de volume moyen, de la grosseur d'un pamplemousse.
— La seconde, sur une formation dont le poids (4 kilos) et les dimensions (30 cm de long ; 25 cm de large ; 20 cm d'épaisseur) permettent d'apprécier l'énorme volume.

III/ Les Rapports existant entre { le Volume des kystes / et les Modalités / d'Evolution parasitaire }

— Il faut noter par ailleurs, que ces Formations Volumineuses, sont souvent le fait de *Kystes Uniques, Typiques*, gorgés de liquide hydatique limpide, dans lesquels le sable hydatique est retrouvé en dépôt pulvérulent polaire inférieur, mais *où manquent — ou sont très rares — les vésicules-filles.*

— Nous l'avons vu, en effet, la Multivésiculation Endogène implique une Involution de la Vésicule-Mère, dont l'Expansion continue est ralentie, voire stoppée par la survenue d'une « *Agression Extérieure* » *qui bloque le processus évolutif normal et déclenche cette Réaction de Défense*, cette réaction de survie parasitaire aboutissant à l'éclosion de vésicules-filles.

Le Retentissement de l'Involution Kystique sur son Contenu.

— Les remarques involutives énoncées au chapitre précédent, nous mènent tout droit aux **Caractères Variables du Liquide intra-vésiculaire**, qui sont également liés à l'involution même de la vésicule parasitaire ;

que cette involution soit due d'ailleurs :

— 1°/ *Aux « Stress » éventuels de la Formation parasitaire.*

— 2°/ *Au « Cercle vicieux » de l'Expansion vésiculaire*, qui — par son retentissement parenchymateux périkystique ischémique, à type de nécrose extensive — aboutit à une *Calcification Adventicielle* et, nous allons le voir, à une « *Altération Aseptique* » du liquide hydatique ainsi devenu trouble.

— 3°/ Voire, à une diminution spontanée de la vitalité de la vésicule parasitaire, en un mot, à sa *Senescence Naturelle.*

— Sans revenir sur la *surinfection vraie* — colibacillaire en règle — du liquide hydatique, par contiguité, ou par voie hématogène, on pourra ainsi découvrir :

= *des Kystes à Vésicule Affaissée,*

- à contenu liquide albumineux, par résorption liquidienne et envahissement des albumines de l'hôte.

= A un stade de plus, des *Kystes Rétractés*, en « involution aseptique »,

; A membrane adventicielle en voie de calcification.
; A contenu mastic, crémeux, gélatiniforme, dans lequel sont retrouvés :

— des restes translucides de la membrane-mère primitive,
— des amas d'hydatides flétries,
— et quelques vésicules-filles pour longtemps encore vivaces.

= A un stade plus tardif encore, quelquefois découvert chez les sujets âgés ;
Des Formations en *Involution Définitive*, de rétraction globale, *véritable Etat de « Pétrification »* lésionnelle.

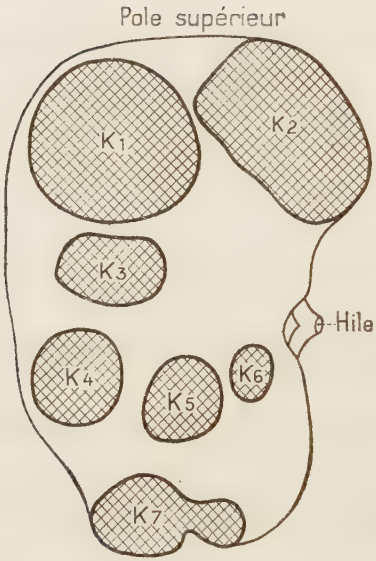
Le Problème de la Multiplicité des Kystes Hydatiques

— Introduction.

— **I**/ La Multiplicité des Localisations parasitaires dans la Rate.

— **II**/ L'Association d'une Hydatidose splénique avec d'Autres Localisations parasitaires.

- 1// **Les Arguments d'une Classification.**
- 2// **Les Associations de Lésions primitives.**
- 3// **Les Associations avec coexistence d'une Echinococcose Secondaire Patente.**



Kystes Multiples de la Rate, avec multisacculation du Kyste Polaire Inférieur (R. Bourgeon)

— Dévé, dans le cadre des données anatomo-pathologiques générales de la Maladie Echinococcique, a longuement insisté sur la multiplicité fréquente des kystes primitifs dans l'échinococcose, admettant qu'**Un sujet sur Trois atteints d'Echinococcose primitive, est porteur de Kystes Multiples.**

— Ces kystes primitifs, sont tantôt groupés dans un seul viscère, tantôt répartis dans plusieurs.

Qu'en est-il de cette Multiplicité des Localisations parasitaires Primitives dans la Rate et de l'association éventuelle d'une Hydatidose Splénique avec d'Autres Localisations parasitaires.

I/ = La Multiplicité des Localisations parasitaires dans la Rate.

— Il n'est là nullement question — précisons-le — de réenvisager le problème de l'échinococcose splénique secondaire locale, *véritable essaimage local par fissuration membrano-adventicielle dans l'enceinte fibreuse péri-kystique originelle*, et dont l'aboutissant, est une formation tumorale, faite d'un *ensemble de kystes multiples juxtaposés*.

= Nous en avons présenté un cas, mais cette éventualité reste assez rare, les publications apparentées, semblant concerner le plus souvent, des cas de *Multivésiculation Exogène*.

— La multiplicité des localisations parasitaires spléniques, dont le caractère primitif est indiscutable, implique, en effet, la présence de plusieurs kystes intraparenchymateux parfaitement isolés les uns des autres, *Résultante de Nidations Plurifocales par Migration Artérielle Pluri-embryonnaire*.

= Les statistiques de Sabadini et de Kourias, concordaient fort peu avec les données générales de Dévé :

— Les premières, portant sur 200 observations, comportaient 182 cas de kystes uniques.

— Celles de Kourias, réunissant 36 observations, comportaient 31 cas de kystes uniques.

= Il semble pourtant, d'après les travaux récents de Bourgeon, que la fréquence de ces kystes multiples ne soit nullement négligeable, et qu'une fois de plus, les conclusions de Dévé se trouvent justifiées.

— Sur **49 cas réunis par Bourgeon, il s'agissait en effet douze fois de kystes multiples :**

= 4 cas sur 14 pour Kocaoglu,
= 3 sur 4 pour Gandin,
= 4 sur 16 pour Bourgeon et Pantin,
= 1 sur 15 pour Note.

= Ces kystes primitifs multiples sont au nombre de deux, trois, voire beaucoup plus, comme dans un cas d'Echinococcose Massive rapporté par Bourgeon où la Rate contenait sept kystes parfaitement indépendants.

II/ = L'Association d'une Hydatidose Splénique avec d'Autres Localisations Parasitaires.

— Contrairement aux rapports anciens, qui faisaient état d'une fréquence notable de l'Hydatidose Splénique Isolée, **les chiffres récents de Kourias et de Bourgeon, indiquent une fréquence plus grande des Localisations Pluriviscérales :**

— 22 % des cas pour Kourias,

— 62,5 % des cas pour Bourgeon.

— Mais, contrairement aux affirmations de Sabadini, la concomitance de lésions parasitaires pluriviscérales, n'est nullement, de façon systématique, le fait d'une échinococcose secondaire.

1/ — Les Arguments d'une Classification.

— Les conclusions que permettent d'établir les données pathogéniques et physiopathologiques, autorisent en effet une classification — sans doute quelque peu schématique — mais pour le moins logique, des associations lésionnelles, en deux rubriques :

= **Les associations de kystes primitifs.**
= **Les associations avec coexistence indiscutable d'une échinococcose secondaire.**

(Nous excluons évidemment de ce cadre, les cas d'ensemencements opératoires, qui ne posent, quant à eux, aucun problème).

= Nous rappellerons avant tout, que Dévé a insisté sur **la Fréquence de ces Localisations Primitives Associées** ; 20 % *de ces cas étant représentés par des Localisations Hepato-Spléniques Contemporaines.*

= Des données physio-pathologiques, nous pouvons par ailleurs déduire, qu'en l'absence de localisations péritonéales associées, la coexistence de kystes spléno-hépatiques — éventualité la plus fréquente — est exceptionnellement secondaire, *la Rupture impliquée par toute Echinococcose Secondaire, déterminant — nous l'avons vu — dans* 90 % *des cas, un Ensemencement de la Cavité Abdomino-pelvienne.*

= A l'inverse, et cette notion est, elle, indiscutable ; toute Multiplicité Pluriviscérale et Péritonéale, implique de façon systématique une Participation Echinococcique Secondaire, **l'Echinococcose Péritonéale n'étant jamais Primitive** — abstraction faite des cas exceptionnels d'Hétérotopie vésiculaire.

Il n'est pas niable pourtant, que certains cas resteront impossible à trancher, malgré des bilans cliniques et per-opératoires minutieux.

2// — **Les Associations de Lésions Primitives.**

= Les plus fréquentes sont *Hépato-Spléniques.*

— Elles furent signalées par Sabadini, Taruffi, Grilli, Oulié et Donevant.

= Dans un cas de Donevant, existaient { 3 kystes spléniques et 1 kyste hépatique.

— Bourgeon, dans ses récentes publications, fait état d'une *Atteinte Hépato-Splénique 9 fois sur 16.*

= *Les localisations Polyviscérales.*

— Un cas d'Abadie (Oran) rapporte une Echinococcose Primitive Massive : 67 kystes primitifs, ainsi répartis :

{ — 60 dans le foie
— 3 dans la rate
— 3 dans le poumon
— 1 dans le rein.

— Un cas de Noguerras Coronas : 29 kystes primitifs.

{ — 22 dans le foie
— 1 dans la rate
— 3 dans le poumon
— 1 dans le rein
— 1 dans le pancréas
— 1 au niveau de la cuisse.

— Un cas de Businco : 7 kystes primitifs.

{ — 2 kystes dans le foie
— 2 dans la rate
— 2 dans le poumon
— 1 dans le cerveau.

= La coexistence isolée de Kystes Spléniques et Pulmonaires semble Exceptionnelle :
5 publications seulement, en font état.

= De même, l'association isolée Spléno-Cérébrale, n'est signalée que dans 2 observations de Bartsch et Reboul.

3// — **Les Associations avec Coexistence d'une Échinococcose Secondaire patente.**

= Les *Associations Spléno-Péritonéales* et *Hépato-Spléno-Péritonéales*, sont fréquemment signalées :

— Cas de Morgagni-Martin-Traddei :
Association rate - cavité pelvienne.

— Cas de Christopherson :
Association rate - épiploon - mésentère - Ligament large.

— Cas de Delore :
Association rate - épiploon - bassin.

— Cas de Villar :
Association rate - poumon - mésentère.
— Cas de Kourias :
Association foie - rate - péritoine : 8 fois sur 36.
— Cas de Bourgeon :
Même association hépato-spléno-péritonéale : 3 fois sur 16.

★

— Tel est le Bilan des Localisations Parasitaires associées à une Hydatidose Splénique : Elles seront *l'un des objectifs essentiels de Bilans cliniques et opératoires stricts et avertis, pour éviter des déconvenues post-opératoires.*

★

ETUDE CLINIQUE

— Avant-Propos.

— Les Deux Phases Initiales d'Évolution lésionnelle.

— Phase de Latence Absolue.
— Phase Strictement Fonctionnelle.

— L'aboutissant irrémédiable de l'évolution kystique vers la séreuse : « L'Extériorisation », phase de Bruyance Clinique à Trois Tableaux.

Les Kystes Abdominaux

— Les Signes Fonctionnels.
— La Tumeur Abdominale.
- Inspection.
- Palpation.
  - — Cadre anatomique de la tumeur
  - — ses contours
  - — sa consistance
  - — sa fixité.
- Percussion.
  - — matité
  - — frémissement hydatique.
- Auscultation et Percussion combinées.
  - — « le bruit musical » de Briançon
  - — « le signe de l'écho hydatique ».

Les Kystes Thoraciques

— L'inversion de la « Bruyance clinique ».
— La Bruyance Fonctionnelle Inaugurale de Type Broncho-Pulmonaire.
— Les Signes Physiques.
  - — Inspection
  - — Percussion
  - — Auscultation.

Les Formes Mixtes Thoraco-Abdominales

— Nous avons pu, en analysant l'évolution lésionnelle, *insister sur les facteurs intervenant pour laisser au kyste splénique — durant des mois, voire des années — sa pleine Autonomie d'Expansion Inexorable :*

Tout contribue, disions-nous, pour laisser au kyste, ses velléités d'expansion lente, progressive, quasi-constante, l'individu frappé par cette affection restant souvent — par surcroît — *tout aussi Passif et Muet que la Loge Viscérale*, partie intégrante de son organisme qui abrite la formation parasitaire.

Abstraction faite même, de ce trop fréquent contexte humain, il est indéniable — par ailleurs — qu'un Sujet « Idéal », aura, malgré tout, l'*excuse d'une Consultation tardive*,

= *Tant la « Complaisance » de la Loge splénique est grande par sa « Passivité » pariétale*,

= *et tant, la Symptomatologie inaugurale, a de chances d'être insidieuse, estompée, sinon inexistante.*

— Ainsi consulté avec retard, le médecin — s'il n'a la chance d'une extériorisation déjà acquise — sera parfaitement excusable, d'être passé à côté du diagnostic d'une affection, que seuls « *des Réflexes Géographiques Conditionnés* », peuvent permettre d'évoquer à ce stade précoce.

Deux Phases Initiales d'évolution lésionnelle se succèdent, en effet, après Infestation splénique :

= Elles répondent à l'évolution strictement intraparenchymateuse du parasite.

= *L'une, est absolument Muette, dépourvue d'expression clinique.*

= *La suivante, qui peut passer inaperçue*, réunit quelques Signes Fonctionnels, Vagues, estompés, imprécis, tous signes — en tout cas — *n'attirant que rarement l'attention sur la Loge splénique.*

La Durée de la phase de Latence Absolue, a pu être précisée, grâce à des enquêtes anamnésiques strictes, portant sur un certain nombre de malades bien choisis, dont le souci d'objectivité manifeste, rendait rigoureuse l'analyse des antécédents.

= Chez 41 des malades de Concetti, cette *période de « Silence » Clinique, s'était étalée de trois semaines à douze ans.*

= Quant à Sabadini, l'étude de 21 cas bien définis, lui permettait d'estimer de *un à trois ans, la durée moyenne de cette phase de latence.*

La Période strictement Fonctionnelle qui lui fait suite, est faite de signes :

— variés, estompés, souvent imprécis ;

— en tout cas d'éléments symptomatologiques n'appartenant nullement en propre à l'Hydatidose splénique ;

— *bien exceptionnels même, seront les cas où ils attireront l'attention, sur la Rate.*

— Un interrogatoire minutieux permit ainsi de retrouver dans les antécédents de certains malades :

= *des Douleurs de l'Hypochondre Gauche* (cas de Piazza, Cardarelli, Parlaveccio) ;

= *des Douleurs Intercostales* (cas de Concetti) ;

= *des Douleurs Epigastriques* (cas de Piazza et Jonesco) ;

= un élément à retenir, semble être *la Répétition d'accès douloureux*, d'intensité de plus en plus marquée :

= On cite ainsi le cas, de la malade de Chaintre, qui présentait des Epigastralgies paroxystiques, que son passé spécifique fit prendre pour des Crises Gastriques Tabétiques.

— En fait, rien de valable, rien de pathognomonique ; *Autant de Signes « Avertisseurs » pour rien*, étant d'apparence si bénigne.

●

— **Tels sont, durant cette « Période d'Incubation », les sujets atteints d'Hydatidose splénique : bien portants, ou vagues endoloris, ils le resteront durant des mois, voire des années, jusqu'au jour, où le Kyste splénique — ayant poursuivi quel que soit son siège, son Evolution Inexorable vers la Séreuse — finira par s'extérioriser.**

Cette Extériorisation, selon l'atmosphère anatomique d'Expansion Tumorale, selon la flèche directrice d'évolution, qui est soit abdominale, soit thoracique, soit thoraco-abdominale, donnera lieu à trois Tableaux cliniques bien distincts.

LES KYSTES HYDATIQUES ABDOMINAUX

L' **« Extériorisation »**, est *l'étape de pleine expression clinique du kyste*, concrétisant d'un mot, le franchissement d'un *Seuil évolutif menant du « Muet au Bruyant »* — tant sous l'angle des signes physiques, que sous le jour de la symptomatologie fonctionnelle — impliquant en effet :

- non seulement *l'évidence d'une Tumeur Abdominale*,
- mais l'« *Extériorisation Fonctionnelle* » *de l'Affection.*

Il est inutile pourtant de compter également à ce stade, sur une Altération de l'Etat Général, résultante pour une part, d'une véritable « *Intoxication Hydatique* ». Nous envisagerons, en leur temps, les répercussions tardives de cette « *Imprégnation Chronique de l'Organisme* » (par dialyse lente de toxines ou d'allergènes échinococciques à travers la paroi vésiculaire) *dont le seul reflet à cette phase d'extériorisation est* — nous le verrons plus loin — *d'ordre biologique.*

Les Signes Fonctionnels

— Ils sont dominés par un Elément devenu Constant :

La Douleur

— Elle est une des incidences cliniques des critères physiopathologiques de l'hydatidose splénique, faits d'un *Complexe* finalement objectivé

= d'*Infarcissement Splénique Extensif*,

= et d'une *Trame Anarchique de Coulées Adhérentielles Pluriviscérales*, élaborée par une périsplénite active, qui participe ou non, par les empreintes qu'elle peut fixer dans les viscères avoisinants, au *Processus Compressif de l'Expansion Kystique.*

— *Des Hasards adhérentiels et des Prédominances d'expansion, découle*, **la Variabilité Qualitative de ces Phénomènes Douloureux :**

Tous les degrés sont en effet possibles : point douloureux, « poids », pesanteur, sensation de plénitude, qualificatifs d'une **Douleur, au moins à peu près Constante dans son Siège : l'Hypochondre Gauche.**

— Les *malades supportent mal ainsi, le décubitus latéral gauche :* ce signe décrit par Trinkler, devenu classique, est pourtant inconstant.

— Cette douleur peut s'étaler dans le flanc, voire irradier franchement vers la fosse lombaire, mais ce ne sont là que nuances d'interrogatoire.

Inutile de compter sur certains signes parfois associés, tels que

= *des troubles digestifs*, évoquant un syndrome du petit estomac, avec son cortège de sensation de ballonnement post-prandial, de nausées, voire de vomissements (Mas, Silvestrini).

= *des troubles du transit*, constipation, épisodes diarrhéiques voire des phénomènes sub-occlusifs.

C'est dire, qu'insister sur la sévérité de la symptomatologie fonctionnelle dans les kystes abdominaux, serait dramatiser beaucoup.

●

De toute façon, nul n'est besoin d'un cortège plus évocateur pour attirer l'attention sur l'Hypochondre Gauche, **car une Tumeur est là qui « Crève les Mains, sinon les Yeux ».**

La Tumeur Abdominale

Elle est souvent évidente à la simple

Inspection, (et ce d'autant plus qu'il s'agit souvent de malades sous-alimentés).

= objectivée par une déformation abdominale, constituée :

— soit par une *Voussure bien Circonscrite*

— le plus souvent déjà remarquée par le malade : (notre première malade parlait d'une « boule dans son ventre »),

— soit par une *Asymétrie Abdominale* soufflant l'Hémicadre gauche.

Quoiqu'il en soit,

La Palpation

— *effectuée des 2 mains doucement appliquées, combinant lentement leur double palper,*

= découvrira la Tumeur,
= précisera son Cadre Anatomique,
= en dessinera les Contours,
= en appréciera la Consistance,
= et jugera de sa Fixité.

Le Cadre Anatomique de la Tumeur

Quel que soit son volume, **le Kyste Abdominal est toujours une Tumeur Abdominale Gauche à Développement Longitudinal.**

= Transversalement :

le kyste splénique abdominal ne dépasse presque jamais en effet, la Ligne médiane.

= Verticalement :

Il peut s'étendre de la Région Basi-thoracique gauche

- à l'Hypochondre
- voire jusque dans { la Fosse iliaque / le Bassin.

On précisera aisément les Contours de cette Tumeur abdominale d'Électivité Hémi-cavitaire gauche,

et ce d'autant, que la **Palpation est absolument Indolore.**

D'un Volume Moyen,

Il s'agira d'une masse ovalaire, dont la limite inférieure

— arciforme,
— régulière,
— parfois lobulée,
= se rapprochera plus ou moins de la crête iliaque.

D'un Volume plus important, *à Saillie Iliaque*,

— l'arc tumoral inférieur,

- restera précis, tant qu'il restera éloigné de l'Arcade crurale;
- mais deviendra difficile à percevoir dans son ensemble, lors d'un accolement déjà constitué à la paroi externe de la Fosse iliaque interne. Deux cas de Wilson et Oliver, en étaient l'illustration.

Monstrueuse,

La Masse tumorale aura fini par envahir le Bassin, *et seuls, le Toucher Rectal ou le Toucher Vaginal*, seront à même d'en préciser les limites inférieures. (Un cas de Barret).

Dans tous les cas

= **Le Pôle Supérieur** de la Tumeur, *se perd sous le Rebord Chondral Gauche :*

- Cette pénétration tumorale sous le rebord chondro-costal, fait déjà penser à elle seule, à une origine splénique de la tumeur.
  Encore faut-il pouvoir l'affirmer !

● La position en chien de fusil, le décubitus latéral droit associé, seront autant de positions auxquelles nous soumettrons notre malade, et qui nous « ouvriront parfois la voie » sous ce rebord chondral, rendant plus évocateur le palper.

= L'Arc Tumoral Antéro-Interne,

déborde rarement — nous l'avons signalé — la Ligne médiane.

Il est :

— régulièrement arrondi,
— non tranchant,
— **dépourvu des Crénelures « splénomégaliques ;** « ce que l'on voit et ce que l'on palpe — disait Goinard — étant beaucoup moins la Rate que le Kyste ».

● Ce signe de valeur, fait rarement défaut : notre deuxième observation n'était pourtant que l'illustration d'une de ces exceptions, « la tumeur dessinant sous la peau, des encoches évidentes dès la simple inspection ».

= Enfin, cette Tumeur dont le développement antérieur est évident, n'en donne pas moins **le Contact Lombaire :**

Mais, **en Saillie Latéralisée,**

— distante de la Masse sacro-lombaire
— toute externe dans l'Angle Costo-Musculaire, dans l'espace costo-iliaque ;
— *l'Angle Costo-Vertébral, restant toujours Libre et Souple.*

Mais continuons à palper notre Tumeur ;

Régulièrement arrondie, souvent lisse,

Elle est bien particulière dans sa Consistance.

— Elle est en effet, à la fois ferme et élastique : cette **Sensation de Rénitence**, étant assimilable à celle d'un Kyste Ovarien Abdominal Tendu (U. Trélat).

— Certains auteurs, ont pourtant pu la décrire Fluctuante (Alessandri, Tomassi, Pizaza), mais c'est là l'exception, réservée aux kystes de grosse taille et de vitalité altérée.

● Un signe a par ailleurs été noté par Guida, mais ne fut jamais constaté depuis : « la Pulsation Tumorale, en rapport avec les battements aortiques ».

Cette Tumeur est-elle Fixée ?

— La majorité des auteurs, s'accordent pour insister sur **la Fixité de ces Kystes Abdominaux.**

Autant = au Palper
= que lors des Mouvements Respiratoires, ou lors des Mouvements du malade.

— Goinard, Piazza et Bondi, ont pourtant noté une mobilité avec les mouvements respiratoires.

- Nous-même, l'avons constaté nettement dans notre deuxième cas, où la masse kystique était pourtant énorme.

- Nous ne citerons par ailleurs que pour en annoncer la discussion future, notre observation de Kyste Hydatique associé à une Splénoptose :

  Dans ce cas exceptionnel,

  = La Mobilisation Tumorale, s'effectuait de façon spectaculaire de l'Hypochondre à la Fosse iliaque gauches ;

  = Mais ce n'était là qu'une des incidences cliniques de la juxtaposition d'une Lésion Echinococcique « Pesante » à une Anomalie Congénitale (absence de soudure — du double feuillet péritonéal à l'origine de la Rate dans le Mésogastre postérieur — avec le Péritoine pariétal postérieur).

— Mais, revenons sur ces constatations divergentes prouvant l'Existence de Kystes relativement Mobiles :

Elles ne sont, sans nul doute, qu'un autre Reflet du Capitonnage Adhérentiel Anarchique Périkystique :

= *La Diversité Topographique des Connexions,*

= *La solidité plus ou moins accusée de leurs « Prises » sur les Séreuses ou les Viscères avoisinants* — tous facteurs liés aux hasards évolutifs — déterminent, en effet, dans le temps, des *Plans d'Accolement plus ou moins stricts, responsables de « Points fixes », supprimant ou « orientant » la Mobilité tumorale.*

La Percussion

— **La Matité Constante** de ces kystes, va permettre de parfaire la délimitation des contours tumoraux restés peu nets, moins évidents, lors de l'examen d'un malade au ventre grassement adipeux ou de paroi ferme, très musclée.

= Nous ne reviendrons pas sur les caractéristiques de ces limites, dans « *l'Enceinte élective hémi-cavitaire gauche* » — rarement masquées ou faussées partiellement, par la sonorité colique ; l'angle colique gauche étant en règle abaissé par le développement tumoral auquel il adhère.

— En dehors de cette Matité « Hydrique » (Dévé), la percussion met parfois en évidence, un signe classique :

Le « Frémissement Hydatique » — décrit par Blatin et Briançon.

Définition = Il définit une *Sensation de « Vibration Rapide », d'« Ebranlement fluide »*, obtenue à la percussion kystique ; véritable « Thrill hydatique ».

= Ce signe est retrouvé dans les observations anciennes de nombreux auteurs (Trinkler, Wilson, Magdelain, Bergmann, Signorelli, Martin, Berger, Felheisen, Moreau, Berthier, Tusini).

Fréquence = Il n'en reste pas moins très inconstant :

— Berger ne l'a noté que dans 10 % des cas.

— Cardarelli et Richelot, affirment ne l'avoir jamais constaté.

= Dévé insiste sur l'Existence quasi-exclusive de ce signe dans les cas de Kystes Multivésiculaires — n'étant, en effet, que *la Concrétisation de la présence dans la cavité kystique de Vésicules-Filles.*

- Il explique par là-même, la rareté de ce signe dans les observations plus récentes, les kystes à contenu multivésiculaire, étant — de nos jours — devenus *beaucoup moins fréquents qu'ils ne l'étaient autrefois* — au temps des ponctions tant diagnostiques que thérapeutiques qui provoquaient presque constamment, la transformation multivésiculaire des kystes ponctionnés.

Valeur diagnostique

— La valeur de ce signe a toujours été très discutée, et *il n'est nullement Pathognomonique d'hydatidose comme on l'a longtemps admis.*

= Diverses Tumeurs abdominales furent en effet signalées, restituant à la percussion une sensation de « vibration rapide » analogue.

- Des kystes multiloculaires de l'ovaire (Landau).
- Des kystes du ligament large (Segond, Abadie).
- Des hydronéphroses : Langenbuch
  Verco
  Colombani
  Bérard.
- Un kyste du mésentère (Langenbuch).
- Un kyste hématique de la rate — Mamerto Acuña
  — Santas.
- Un kyste du pancréas (Colombani).
- Ou plus simplement, certaines ascites — Potain
  — Chauffard.

= Dévé est pourtant formel ; il nie, en pareil cas, une sensation vraiment identique à celle si particulière du véritable « Thrill hydatique », et insiste sur *la Valeur Diagnostique d'un « Frémissement » nettement perçu.*

Les Signes fournis par l'Auscultation et la Percussion Combinées.

— Deux signes ont été décrits, que nous signalons pour mémoire, tant leur valeur pratique est réduite, par les finesses stéthacoustiques qu'ils impliquent :

= Le « Bruit Musical » de Briançon et Rayer :

= La percussion des kystes, provoque une vibration, source d'un retentissement hydatique sonore, donnant à l'oreille, un bruit musical, comparé à celui d'une « *corde de basse* », ou à un « *bruit de tambourin* ».

— C'est le « sonorous booming », le « drumlike » des auteurs australiens, dont la description fut reprise par Santini et Fiasci en Italie.

— La perception de ce « retentissement hydatique sonore »,

= s'arrête net à la limite de la poche échinococcique percutée,

= ainsi, lorsque la percussion auscultée révélera plusieurs foyers distincts, ce sera une preuve de la multiplicité des kystes (Fiasci - Dévé).

= Le Signe de « l'Écho Hydatique ».

— C'est un signe stéthacoustique voisin du précédent.

— Il fut décrit en 1935 par Lian et Oudinot;

— Et peut être observé, même en l'absence de « Frémissement »:

= « La percussion auscultée de la tuméfaction viscérale — effectuée discrètement avec un marteau à réflexes — fait entendre, au lieu d'un bruit unique, deux ou trois bruits moins forts que le premier et qui lui font écho » :

C'est là finalement, « Beaucoup de Bruits pour rien » autour d'une Tumeur, la preuve irréfutable du Diagnostic d'Hydatidose Splénique évoqué par cette Formation et son Contexte, nécessitant des Signes moins « Lunaires », moins discutables, qu'un Renfort Radiologique voire Biologique saura fournir, la parole restant, malgré tout, en cas de doutes encore justifiés, à la Laparotomie, qui tranchera d'un coup.

★

— Par rapport à cette Forme Abdominale la plus courante, les éléments cliniques de cette **« Forme Ascendante »** qui ne s'observe guère qu'une fois sur six, objectivent **une Inversion des Critères Symptomatologiques**,

Les Différences de résistance des deux Versants du « Toit » tumoral — Diaphragme et Auvent chondro-costal — en sont responsables :

— Le modelage quasi-passif d'emblée, de l'hémi-diaphragme gauche sur la formation globuleuse parasitaire,

— Le Bouclier relativement résistant et peu « expressif » — pour un temps — offert par l'auvent chondro-costal à l'expansion tumorale,

Expliquent en effet :

= Une *Bruyance Fonctionnelle Inaugurale de type pleuro-pulmonaire,*
= *une Objectivité Tumorale Retardée.*

★

La Bruyance fonctionnelle Inaugurale de Type Pleuro-Pulmonaire.

— Le malade qui se présente à nous, est un Dyspnéique.

Il s'essouffle au moindre effort, à la marche : cette Dyspnée d'effort lui interdit toute activité, et c'est souvent ce qui l'amène à consulter.

— Parfois, il a des Quintes de toux inexpliquées.

— Par ailleurs, il Souffre :

= des scapulalgies gauches,
= des névralgies intercostales,
= parfois une tension douloureuse basi-thoracique gauche, interdisant le décubitus latéral (signe de Trinkler) :

Telles sont les douleurs retrouvées chez ces malades.

★

— L'interrogatoire aura ainsi, à lui seul, attiré l'attention sur la région suspecte ; à nous de *rechercher des Signes Physiques, parfois encore simplement Ébauchés :*

S'ils sont déjà Manifestes, leur Tableau sera pleinement Évocateur.

★

Les Signes Physiques

● **Dès l'Inspection,**

— La Région Basi-thoracique gauche

= apparaît en effet :

= distendue

= saillante

= *semblant Évasée* par déjettement en dehors des dernières cotes et élargissement des espaces intercostaux.

= Son *Immobilité est Absolue lors des Mouvements Respiratoires.*

— Cette distension,

= s'étend parfois à toute la base thoracique, de la région paravertébrale gauche à la région parasternale homolatérale.

= *Elle peut aussi remonter très haut :* Dieulafoy et Scherb l'ont ainsi notée jusqu'à la 3e cote.

— *Le Mamelon gauche est surélevé,* parfois de 3 à 4 cm par rapport à celui du côté opposé : (Signe de Dieulafoy).

● **La Percussion,**

objective une matité de cette base thoracique gauche :

= comblant l'Espace de Traube ;

= elle déborde en bas le Rebord chondral, confirmant l'empâtement sous-chondral parfois perçu lors d'une palpation minutieuse,

= et remonte plus ou moins haut; cette limite supérieure étant souvent convexe.

● **L'Auscultation** montre,

qu'à cette Région basi-thoracique gauche, répond un silence respiratoire absolu, surmonté d'une couronne de râles crépitants.

● **Enfin, en cas de Kystes Volumineux,**

le Cœur est surélevé, et

les battements de sa pointe — dans un cas de Scherb et Dieulafoy — purent même être perçus dans le 2e espace intercostal gauche.

Quoiqu'il en soit, que ces signes soient manifestes ou seulement ébauchés, *ils conduiront à des Investigations Radiologiques,* qui pourront permettre d'affermir l'orientation diagnostique.

Un mot pour terminer cette Revue Clinique,

des Formes Mixtes Thoraco-Abdominales

— Les cas publiés en sont très rares.

— Leur Tableau Clinique est Doublement évocateur,

= *par sa Bruyance fonctionnelle à Dominante « Ascendante » pleuro-pulmonaire,*

= *par sa Tumeur Abdominale Extériorisée.*

— Notre deuxième observation était l'illustration de ce complexe symptomatologique.

ETUDE RADIOLOGIQUE

— L'Appoint des Investigations Radiologiques.
— Les Données Radiologiques.

- Renseignements fournis par les clichés standard.
  - — Contraste naturel des kystes calcifiés.
  - — Images de pneumo-kystes spléniques.
  - — Données sur la coupole diaphragmatique gauche.
- Les procédés de contraste.
  - // L'ingestion barytée.
  - // Le lavement baryté.
  - // L'urographie I.V.
  - // Les moyens de contraste gazeux.
  - // Les opacifications de la rate elle-même (pour mémoire).
  - // Les opacifications vasculo-viscérales.
    - 1° La splénoportographie transcutanée
    - 2° La splénoportographie à ventre ouvert.
    - 3° L'artériographie :
      - — sa valeur,
      - — les images :
        - kyste unique,
        - multiplicité kystique.

— Les Investigations Radiologiques, sont d'un double intérêt :

= **Diagnostique,** certes, capital dans certains cas.

= **Thérapeutique souvent,** permettant en particulier, de reconsidérer le problème nullement négligeable de la Voie d'Abord.

= *On ne peut compter sur les images spontanément évocatrices de kystes non calcifiés :*

Ces ombres anormales, immédiatement frappantes, très nettement arrondies et uniformes dans leur teinte, étant rarissimes et toujours discutables.

= Mais qu'importe ! Quels sont les buts en effet de ces examens radiologiques ?

— Dans les Tumeurs Abdominales déjà patentes lors de l'examen clinique ;

Déterminer formellement, le Viscère Inducteur de la Formation Tumorale.

— Lors d'une suspicion kystique basi-thoracique gauche,
éliminer un épanchement pleural.

— Enfin, comme dans toute échinococcose,
détecter les localisations parasitaires associées, hépatiques et pulmonaires en particulier.

= Les kystes calcifiés fourniront des contrastes spontanés, parfois d'eux-mêmes fort peu discutables.

= Les « *repérages barytés et l'étude du cheminement d'indices opaques* » permettront indirectement, par l'intégrité, voire les déformations des viscères de voisinage dont la « responsabilité » morbide est discutée,

= de mieux rapporter à la Rate cette tumeur,

= de rendre patents d'autres diagnostics, pour lesquels, aucun argument clinique préférentiel n'existait.

LES DONNÉES RADIOLOGIQUES

Le Contraste Naturel des Kystes Calcifiés

— Il s'agit parfois :

= D'un *simple liseré opaque*,

— arrondi ou ovalaire,

— en anneau, en cerceau, en ellipse,

● répondant à une calcification adventicielle complète.

= D'*images arciformes*, témoins radiologiques de plages disséminées de calcification adventicielle, répondant à une calcification partielle, fractionnée de la coque.

— Des *ombres opaques*,

= plus ou moins pommelées,

= répondront à une involution déjà marquée de la formation kystique.

— Des *images homogènes de très forte densité*, signeront des formations en involution définitive ; images de pétrification globale, généralement de volumes restreints.

Signalons par ailleurs, les images exceptionnelles de Pneumokystes Spléniques signalées par Dévé.

= *Images cavitaires hydro-gazeuses à deux « segments »*,

= l'un supérieur clair, cupuliforme ou semi-lunaire ;

= l'autre inférieur opaque, dont la frontière est linéaire ou arciforme — ondulante et variable lors des mouvements sous écran.

= Ces images évoquent un Kyste compliqué, rompu généralement dans un organe creux, ou dans les bronches (ce qui est rarissime).

Restent les images de la *Coupole Diaphragmatique gauche*, dans les kystes thoraciques non involués :

= *surélevée*,

= elle est *immobile*,

= sa convexité supérieure est accusée, en *voussure régulièrement hémisphérique*, tranchant sur la clarté pulmonaire.

= Il est inutile de compter sur une saillie mieux circonscrite, sur une « *ombre en brioche* » (Béclère) plus caractéristique ;

= Mais, attention ; un épanchement pleural réactionnel n'est jamais exclu !

LES PROCÉDÉS DE CONTRASTE

I/ L'Ingestion Barytée

= Les signes œsophagiens :

— Les kystes ascendants sont responsables d'images de compression extrinsèque de l'œsophage diaphragmatique.

= Les signes gastriques :

— L'estomac est plus ou moins déporté vers la ligne médiane, luxé qu'il est par la formation tumorale : c'est la concrétisation splénique du « *Critérium du Balancier Gastrique* » (Benhamou).

- *Les kystes « descendants »* Polaires Inférieurs, le déplace
  — à droite,
  — et en arrière.

- *Les kystes « ascendants »* Polaires Supérieurs, à Dominante Phréno-Splénique, le refoule
  — à droite,
  — et en avant.

— La Grande Courbure se modèle par ailleurs sur l'expansion tumorale, les adhérences périspléniques, participant à ces déformations mal systématisées, irrégulières, en coulées grenues, voire polycycliques plus ou moins fixes, échancrant la Portion Verticale de la Grande Courbure.

— Une image s'y surajoute parfois, dans les Kystes « Descendants » fortement « Expressifs » : le refoulement de l'Angle Duodéno-Jéjunal.

II/ Le Lavement Baryté

— *L'Expansion Kystique repoussant les obstacles qui s'offrent à elle ; le Ligament Phrénico-Splénique étiré par une charge hors-mesure ; le Ligament Spléno-Colique fuyant devant l'adversaire tumoral ; tout contribuera à abaisser, voire à déformer l'Angle Colique Gauche :*

= Que le sommet de cet angle fuit vers le bas, et l'angle s'ouvre sous la tumeur.

= Qu'il soit déporté vers la droite, et il se ferme.

— A plus ou moins long terme, les adhérences aidant, naît une Compression, avec son cortège d'Irritation colique confirmée, puis ses signes sub-occlusifs.

III/ L'Urographie

— C'est là, réflexe inévitable devant cette tumeur donnant le contact lombaire : un doute de Tumeur Rénale d'Expansion Antérieure Abdominale donnant un Masque péritonéal, ne peut que persister encore, malgré les arguments préférentiels fournis par l'examen clinique.

— *Mais l'Ombre Rénale Gauche va se révéler Normale dans ses dimensions et ses contours.*

= Et l'on ne prendra pas même pour une empreinte extrinsèque liée à la tumeur « définie » splénique, *le méplat de la partie supérieure du bord externe du rein* dont l'angle de raccordement avec le 1/3 moyen du bord externe est parfois très net : ce n'est là que *la traduction d'une empreinte splénique normale.*

= *L'intégrité des images pyélo-calicielles s'y associe.*

— Mais parfois, des anomalies de situation rénale pourront être notées = *position contrariée*

— *dans le sens vertical,*

— *dans le sens sagittal,*

— *dans le sens latéral.*

- Le rein étant rejeté hors de son aire normale de projection, par foulement extrinsèque due à l'expansion kystique qui — en particulier — le rapproche le plus souvent du rachis.

= *Un mouvement complexe de rotation rénale sur son axe polaire* peut même en résulter, pleinement objectivé par un désaxement,
une *désorientation de l'arbre pyélique* plus ou moins associée à une déviation urétérale.

IV/ Les Moyens de Contraste Gazeux

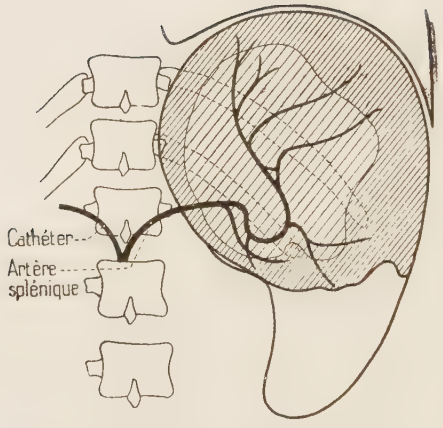
— Le **Pneumopéritoine** est le plus intéressant, à condition d'avoir la certitude qu'il n'existe aucun kyste péritonéal. Il permet en cas de doute, *d'affirmer le Siège Sous-Diaphragmatique de la Tumeur.*

V/ Les Opacifications de la Rate elle-même

— L'imprégnation opaque de la rate elle-même, a été tentée par les auteurs argentins (Arce - Buenos-Aires) il y a une trentaine d'années par hépato-splénographie à l'aide d'injections intra-veineuses de solutions colloïdales de bioxyde de thorium (« Thorotrast » = Oka, Radt, Kadinka).

= Les images kystiques ainsi observées, se détachaient en clair, « en négatif » sur le fond assombri du viscère.

— Nous ne citons que pour mémoire cette méthode, abandonnée au plus tôt de son utilisation humaine, car elle était aussi démonstrative sous l'angle diagnostique que sous l'angle du pronostic vital du malade !



Artériographie sélective per-opératoire par injection de diodone dans le bout périphérique de l'artère splénique.

Etalement en surface des branches segmentaires antérieures, répondant à une lame parenchymateuse résiduelle moulée en cupule sur un kyste postéro-supérieur.

(R. Bourgeon.)

VI/ Les Opacifications Vasculo-Viscérales

1° — *La splénoportographie transcutanée*, **est évidemment exclue, par la ponction splénique qu'elle implique.**

— *Cette ponction est en effet formellement interdite dans tous les cas où la présence d'un kyste hydatique est soupçonnée* par les accidents gravissimes auxquels elle expose :

— Qu'il s'agisse des risques d'ensemencement parasitaire péritonéal — voire des fissurations, des ruptures kystiques qu'elle favorise de propos délibérés.

— Sans compter les accidents toxiques souvent mortels qu'elle peut déterminer par déclenchement de phénomènes « anaphylactigènes » aigus (Dévé).

2° — *La Splénoportographie à ventre ouvert.*

— L'opacification per-opératoire n'est intéressante que *pour rechercher une Hydatidose Hépatique associée* non patente, Centro-Hépatique.

= Et encore, décidera-t-on souvent de s'en abstenir, le cathétérisme direct de la veine splénique étant souvent malaisé voire risqué, dans ces kystes spléniques à adhérences serrées et complexes, rendant délicat l'abord du pédicule ;

= l'exploration chirurgicale directe étant du reste, la plus logique et la plus simple.

3° — *L'Artériographie*

— Les « Ressources Investigatrices Radiologiques » offertes par cette technique exploratrice, ont été démontrées par les travaux de R. Bourgeon.

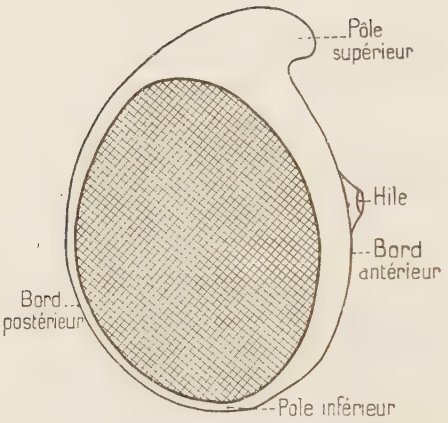
★

● Outre l'Aortographie Abdominale Directe, et le Cathétérisme Artériel prôné par Morino et Turchini ; R. Bourgeon propose dans certains cas, pour la simplicité technique, **la cavo-aortographie inférieure** dont les principes furent conçus et démontrés légitimes par Viallet.

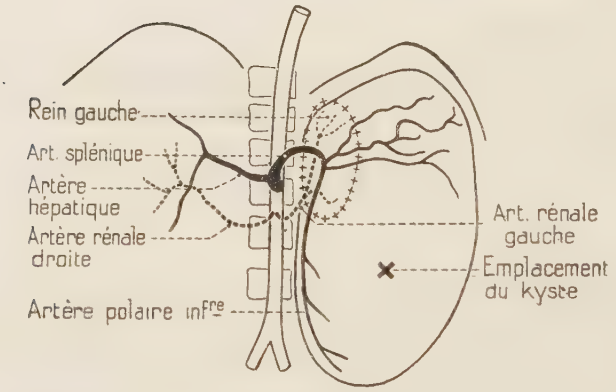
★

— Cette Technique exploratrice **permet une affirmation diagnostique :**

— objectivant l'*Induction Splénique d'une Tumeur « Extériorisée » devant laquelle on hésite encore.*



Kyste Uniloculaire Polaire Inférieur, n'ayant laissé subsister, qu'un Reliquat Parenchymateux en Cupule Marginale Supero-Interne.



Concrétisation diagnostique qu'avait fournie la Cavo-Aortographie.
Image de Digitations Artérielles à Rejet Excentrique empaumant une Vaste Lacune Artérielle.

(R. Bourgeon.)

Elle permet même une perfection diagnostique.

— Révélant *une multiplicité kystique masquée*, une seule « extériorisation » kystique, étant seule patente cliniquement.

= Cette notion laisse intacte, cette caractéristique de l'échinococcose splénique, *cette donnée chirurgicale de Kystes Centraux Intra-Spléniques exceptionnels* (Brun) liée à un développement kystique irrémédiable vers la séreuse, déjà précisé.

= C'est confirmer, s'il en était encore nécessaire, *l'impossibilité du parallélisme des Hydatidoses Splénique et Hépatique* ; cette dernière, par ses Kystes Centro-Hépatiques fréquents, imposant, la mise en œuvre de toutes les méthodes de détection possibles, et en particulier de la Splénoportographie dont R. Bourgeon a pu prouver là, un des intérêts majeurs.

Les Images d'Hydatidose Splénique

1 / **Un kyste unique,** sera révélé par *un Refoulement Excentrique des Rameaux Artériels Segmentaires :*

— **Image en Pince des Ramifications Artérielles,** *empaumant une large zone avasculaire,*

— Plage dépourvue d'injections artériolaires concrétisant un kyste uniloculaire, n'ayant laissé subsister par expansion, refoulement et compression, qu'une *cupule parenchymateuse marginale.*

— Cette image est parfaitement illustrée dans un cas de R. Bourgeon ; « où les branches de l'artère splénique sont refoulées et tassées vers le pôle supérieur de la Rate dont toute la région inférieure est avasculaire » en dehors d'une branche bordante interne.

= L'expansion kystique avait là :

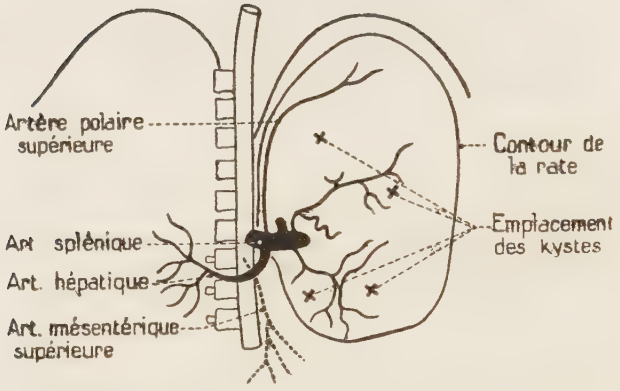
● Laisser subsister des ramifications artérielles supérieures et internes, malgré tout refoulées et tassées, *soumises au rejet excentrique*, comme en témoignaient leurs trajets arciformes et leurs fines ramures.

Etait parvenue :

● a une oblitération, par soudure de leur intima, des rameaux segmentaires des tranches moyennes et inférieures.

2 / Une multiplicité kystique

sera objectivée par un Quadrillage Artériographique Splénique, fait de zones avasculaires, plages dépourvues de ramures artérielles — *véritables Impasses Lacunaires artériographiques bien circonscrites par « Encorbellement de Branches Bordantes irriguant des couloirs parenchymateux », encore relativement respectés.*



Cavo-Aortographie objectivant de véritables Impasses Lacunaires Artérielles enclavées au sein de languettes parenchymateuses arciformes : image de multiplicité kystique.

(R. Bourgeon.)

ETUDE BIOLOGIQUE

— La notion « d'Intoxication Hydatique » :

Allergie et Anaphylaxie Hydatiques.

— Conséquences pratiques de ces deux processus :

— Le syndrome biologique.

- L'Éosinophilie sanguine
- les Tests cutanés
  - — intradermo-réaction de Casoni,
  - — sous-cuti-réaction de Pontano.
- Les Réactions Humorales.

— Portée diagnostique des armes biologiques.

— Comme toute Échinococcose, l'Hydatidose Splénique donne naissance à un *Syndrome Biologique, résultante d'une* « Intoxication *Hydatique* » (Dévé).

« L'Intoxication Hydatique »

— Dès la fixation viscérale du parasite échinococcique, il se produit chez le porteur — en dehors même de toute fissuration de la paroi vésiculaire et de toute altération de la membrane-mère échinococcique — *une imprégnation de l'organisme par des produits spécifiques émanés du parasite.*

= Cette imprégnation primitive et directe, est due à une *dialyse lente* à travers la membrane parasitaire intacte, de *véritables toxines, de véritables allergènes échinococciques.*

= G. Lemaire (Alger) a fait la preuve, par ses « ultrafiltrations » de liquide hydatique, de cette dialyse de produits toxiques à travers les membranes hydatiques.

— Cette diffusion toxique entraîne, un état de susceptibilité individuelle, caractérisant un *état permanent d'allergie hydatique* » — tout particulièrement étudié par Pinelli et par les auteurs uruguayens (Jaureguy et Soto ; Perez Fontana et Graña).

★

— Ce processus « d'Allergie Hydatique », est indissociable du processus d' « Anaphylaxie Hydatique » admis depuis les travaux de Chauffard et Boidin « tant les deux groupes de faits ne possèdent pas une entité suffisante » (Varela Fuentes et Recarte).

Conséquences pratiques de ces deux composantes de l' « Intoxication Hydatique »

- Si cette Anaphylaxie hydatique, est en partie responsable, par son risque d'accidents toxi-hydatiques post-ponctionnels, de la Proscription Absolue de ce moyen diagnostique pourtant si simple, si tentant, car irréfutable et immédiat que représente la Ponction Exploratrice ;
- L'Allergie hydatique est responsable quant à elle — d'un **syndrome biologique-** associant
  - — à une *éosinophilie sanguine,*
  - — des *tests cutanés,* et
  - — des *réactions humorales.*

L'Eosinophilie Sanguine

= L'état d'allergie hydatique est caractérisé d'après Grana, par une éosinophilie sanguine *supérieure à* 5 %.

= Il est pourtant certain que cette éosinophilie, n'est nullement constante, n'est nullement pathognomonique de cette parasitose.

- G. Lemaire aimait à dire, malgré tout,

« *qu'il sera difficile de lui refuser toute valeur lorsqu'elle se montrera permanente et qu'on ne lui trouvera d'autre cause* »...

Les Tests cutanés

1 / L'Intradermo-réaction de Casoni :

- Est devenue classique après les travaux de Casoni en 1912.
- Elle consiste en une injection intradermique antibrachiale, de deux à trois gouttes d'antigène humain (liquide hydatique de kystes hydatiques fertiles).

Sa Positivité Précoce, implique

Dans les dix minutes qui suivent l'injection, l'apparition au point inoculé

- d'une « papule urticarienne extensive
- et d'un gonflement érythémateux consécutif ».

Sa positivité tardive, est notée au bout de 24 heures, consistant en un « œdème inflammatoire plus ou moins circonscrit autour du point d'inoculation ».

★

— G. Lemaire — considérant avec Pinelli — qu'elle donne une certitude presque absolue, a pu dire que *cette réaction tardive « est la seule qui devrait porter le nom de Casoni »*.

— En fait, cette intradermo-réaction positive selon Dévé dans 80 % des cas dans ses manifestations précoces ou tardives, n'est pourtant nullement spécifique de l'échinococcose, de simples porteurs de parasites intestinaux — et de ténias saginata en particulier — pouvant l'objectiver franchement positive.

— *En pratique, cette excellente exploration biologique est souvent entachée d'erreurs.*

2 / La sous-cuti-réaction de Pontano.

= consistant en une injection antigénique non plus intradermique, mais sous-cutanée,

= elle est, d'après Dévé, « plus sûrement caractéristique, étant la seule épreuve biologique de l'échinococcose qui — jusqu'à ce jour — n'ait pas été infirmée pour aspécificité ».

= Elle ne donne guère malheureusement que 45 % de résultats positifs.

Les Réactions Humorales

= La réaction de fixation du complément, « Réaction de Weinberg et Guedini » ;

= La précipito-réaction de Fleig et Lisbonne ;

= La précipito-réaction au Benjoin de Perez-Fontana.

= L'épreuve de Praussnitz-Küstner, sont autant de réactions biologiques dépourvues de valeur diagnostique absolue.

★

Au total, seule l'association — même fragmentaire — de ces éléments biologiques, reste un argument de probabilité; *le Couple « Eosinophilie Sanguine — Casoni précoce »* — bien que retrouvé parfois chez des cancéreux — représentant, d'après R. Bourgeon, *l'Indice Diagnostique le plus valable de ces Armes biologiques.*

★

HORIZON CLINIQUE EVOLUTIF

— Nous avons déjà, lors de notre étude physio-pathologique, dessiné la trame évolutive de l'hydatidose splénique : seules quelques touches cliniques, bien caractéristiques de cette évolution parasitaire, nous retiendrons ici.

— La guérison « spontanée ».

— Le retentissement sur l'état général.

- Chez l'adulte
- Chez l'enfant.

— Individualités cliniques de certaines complications de l'hydatidose splénique.

- Les ruptures en péritoine libre.
- Les ruptures dans un organe creux.
- Les ruptures dans une lumière bronchique

A part, le problème des Splénoptoses.

L'Eventualité la plus rare est la Guérison Spontanée

— Etale sur des années, ces tumeurs — parfois connues depuis vingt, trente ans par le malade — *peuvent s'éteindre par Involution Définitive,* par calcification globale, aboutissant à une Pétrification Massive de la lésion parasitaire ainsi momifiée.

= Cet état cicatriciel, est soupçonné par la Dureté Pierreuse de la Masse lors de l'examen clinique ; par une opacité homogène bien circonscrite lors des examens radiologiques.

= Il ne faudra pas, pour autant, se laisser fléchir par un malade affirmant que cette masse « n'a pas changé », depuis des mois voire des années ;

= Il faudra le convaincre du *bien-fondé de l'intervention, dont la nécessité est indiscutable,* une « Léthargie Provisoire » du Kyste n'étant pas exclue, le seul risque de réveil évolutif d'une Vésicule-Fille Endogène Résiduelle encore vivace, devant être déterminant.

— Des cas exceptionnels de guérison spontanée — mais portant sur de vieilles lésions univésiculaires — sont pourtant citées dans la littérature :

Cas de
- Bastian
- Becker
- Vegas
- Cranwell.

Le Retentissement sur l'Etat Général

— Chez l'adulte, cette atteinte de l'état général — en dehors de toute complication proprement dite — est, en règle, tardive ; surtout le fait, de kystes volumineux, ou de kystes primitifs multiples = c'est la « Phtisie », *la « Cachexie Hydatique »*, décrite par Dieulafoy, Quenu et Pierre Duval, également signalée par Oulié, Parlavecchio et Coen.

- Le processus « d'intoxication hydatique » en est responsable pour une part, la surcharge de « migrations » toxiques d'origine parasitaire, aboutissant, à un terme ultime, à un Tableau Morbide par trop évocateur, par son cortège irréversible et fatal, d'amaigrissement, d'asthénie, de pâleur, d'anémie, de pigmentation bistrée des téguments, associé parfois à une ascite.

— Chez l'enfant, un « *Juvénilisme Hydatique* » d'origine toxi-parasitaire générale, a été individualisé par Dévé ;

- Cette inhibition de croissance est d'autant plus marquée que l'infestation échinococcique intervient, « dans les années précédant l'éclosion de la puberté » disait Aubry (Alger).
- Mais cet auteur, n'était pas sans noter également que l'intervention pratiquée sans retard, « permet de rattraper rapidement le temps perdu ».

Individualités Cliniques de certaines complications de l'Hydatidose Splénique

— Tôt ou tard, par ses caractéristiques évolutives bien particulières, le kyste splénique — négligé ou relativement muet — expose,

- par sa *Résistance Pariétale — malgré tout limitée*,
- par ses *Voies Pédonculaires d'* « *Évacuation* » créées par évidement adhérentiel de proche en proche,

à des Accidents Graves.

Les Ruptures en Péritoine Libre

= Seule, la rupture isolée de la membrane-adventice, accouchant sa formation vésiculaire primitive dans la cavité abdomino-pelvienne (Échinococcose Hétérotopique Péritonéale), donne lieu — systématiquement — à *un Syndrome Abdominal Aigu brutal.*

= Les Ruptures Globales des Parois Kystiques, se font, par contre, souvent à bas-bruit :

- Du fait du « *Capiton Adhérentiel Périkystique* », les brèches lésionnelles ne peuvent qu'être limitées et rapidement « Bouchées » par *ces Adhérences formant Clapet* ;
- Ce n'est ainsi, que par *Salves Fractionnées*, que le contenu kystique, se déversera dans la Cavité abdomino-pelvienne.

= Une douleur abdominale mal systématisée, un état nauséeux vite estompés, seront les témoins bâtards de cet accident, que le malade franchira sans encombres et oubliera vite.

= Le liquide hydatique étant, par surcroît, — dans la majorité des cas — amicrobien, on ne pourra pas même compter sur un tableau péritonéal aigu dans les heures qui suivent ; et *ce n'est que tardivement que l'on verra le*

malade, alors qu'une Échinococcose Secondaire Péritonéale est pleinement constituée et a pris toute son « ampleur ».

= Un cas de Rupture Mortelle de Kyste Hydatique Splénique, est pourtant cité dans la littérature, chez un enfant de 14 ans, porteur d'un kyste méconnu (Dolbeau - Aran : 1852).

= Il s'agissait d'une rupture par traumatisme direct du flanc gauche ;

= Traumatisme sans nul doute d'autant plus vulnérant, qu'une fragilité pariétale abdominale et surtout adventicielle, ne pouvaient que coexister à cet âge.

Les Ruptures dans un Organe creux

- Elles sont parfois la première preuve bruyante de l'affection ;
- Quelques observations prouvent qu'elles peuvent amener sa guérison « spontanée ».

— Elles sont rares dans l'estomac ; quatre observations en sont publiées : Gérin-Roze - Silvestrini - Macris - Note.

= Sur un fond de syndrome épigastrique aigu, brutal, des vomissements sanglants suivis d'une Hydatidémèse patente les objectivent.

— Les Ruptures Coliques sont plus fréquentes ;

= Une Hydatidentérie au cours de salves diarrhéiques parfois syncopales, les révèle, et les observations de Berthelot et Brault, sont devenues classiques ; Goinard, De Sirot, et Plane en ayant, par ailleurs, publiés — plus récemment — deux autres cas.

— Enfin, un seul cas de Rupture Pyélo-Urétérale est connu à ce jour, objectivé — est-ce nécessaire de le préciser — par une Hydatidurie (Hop-Grand).

★

Les Cas de Rupture dans une Lumière Bronchique

— Contrairement aux précédentes, elle n'amènent pas pour autant une guérison, la Vomique Hydatique précédée d'Hémoptysie qui les caractérise, n'amenant jamais une Vacuité Totale du Kyste.

— Cet accident est exceptionnel, et quatre cas en sont connus, publiés par Guérin - Holstein - Kourias et Kocaoglu.

LES PIÈGES DIAGNOSTIQUES

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE

— Nous n'avons pu, en dessinant les tableaux symptomatologiques de l'hydatidose splénique, qu'*insister sur les difficultés d'une Conviction Diagnostique Absolue.*

= *Chaque nouvelle étape d'une tactique exploratrice strictement menée, verra pourtant, s'affermir un peu plus, l'idée d'une Induction Splénique Lésionnelle.*

= Si l'examen clinique le mieux mené, a son lot le plus pardonnable de doutes, que les investigations biologiques laissent souvent intact, *les investigations radiologiques, sauront fournir, les arguments d'une « Responsabilité » Splénique mieux étayée* — leur meilleure arme, en cas d'hésitation encore possible, pouvant être fournie par la Cavo-Aortographie.

— Quoiqu'il en soit, même en l'absence de ce recours artériographique, *la laparotomie exploratrice* tranchera les cas complexes, remettant — dans l'exception — dans la voie d'un diagnostic difficilement soupçonnable (Rate Parasitée en Ectopie Pelvienne prise pour un Kyste de l'Ovaire —cf. Obs. nº 1).

On est souvent incapable d'un diagnostic topographique formel après l'examen clinique ;

— *Exploitant pourtant, toutes les ressources d'une Palpation Bimanuelle « Orientée » — malgré tout — par des Réflexes Géographiques Conditionnés qui interviennent — ce n'est pas niable — dans l'orientation diagnostique ; ayant tenté de « tirer le maximum » de cette tumeur offerte à nos mains,* **nous ne pouvons — optant pourtant, pour une Origine Splénique — que penser à d'autres Tumeurs Viscérales.**

— Il est certain que la Pénétration Sous-Chondrale Gauche de la tumeur, si elle est patente (— affirmée qu'elle peut être au besoin, avec l'aide de « *sensibilisations positionnelles* » imprimées au malade, déjà décrites —) est un élément déterminant du diagnostic de Lésion Splénique.

— On ne devra pas pourtant oublier, la possibilité d'un **Kyste du Lobe Gauche du Foie :**

- qui peut être aussi nettement Sous-chondrale, rénitent, indolore, fixé ;
- qui peut s'accompagner d'une Matité Hémithoracique Inférieure Gauche comblant l'Espace de Traube.

= Certes, ces Kystes Hépatiques Lobaires Gauches, laissent libres le flanc et la paroi-postérieure à laquelle — comme l'objective la palpation bimanuelle — ils ne viennent pas s'accoler.

= Mais, aucune de ces notions n'est formelle, pas même le Renfort Radiologique.

● *Le « Critérium du Balancier Gastrique »* (Benhamou).
— Repoussé à Droite par un Kyste Splénique,
— refoulé à Gauche par un Kyste Hépatique,
peut, en effet, être en défaut, comme Goinard l'a prouvé dans une de ses observations, où un kyste de la Pointe du Lobe Gauche du Foie s'était développé à gauche de la Grande Courbure Gastrique.

— Certaines Tumeurs à Projection Epigastrique, — le contexte fonctionnel pouvant y participer —, ne seront pas sans évoquer ;

- **Une Tumeur Gastrique** ;

= Mais le transit gastro-duodénal sous incidences réglées saura interrompre cette fausse-route.

- **Des Formations Kystiques ou Lipomateuses du Mésentère.**

= Leur siège médian,
Leur mobilité « transversale »,
Leur absence de pénétration sous le rebord chondral dont elles sont séparées par une zone sonore à la percussion,
Sont autant d'éléments qui interviendront, en règle, pour « recentrer » la Topographie Tumorale.

— Une symptomatologie fonctionnelle « déguisée » due aux « Prises » Coliques Adhérentielles Tumorales — voire à une véritable Compression Angulo-Colique Extrinsèque —, peut faire envisager également la possibilité d'un

Néoplasme Colique déjà évolué ;

= Ce diagnostic n'est soulevé que pour mieux l'éliminer par le lavement baryté, qu'un tel tableau, ne manque pas de faire pratiquer en première instance.

— Le problème d'une **Tumeur Rénale,** est, sans nul doute, le problème le plus souvent évoqué, car la tumeur donne, c'est indéniable, le Contact Lombaire.

= Si la « Latéralisation » de ce Contact dans l'Angle Costo-vertébral ;

● Si son Électivité Costo-Iliaque — laissant libre l'angle costo-vertébral gauche, est mal objectivée,

= Deux éléments de secours nous sont fournis :

● L'un, par l'examen clinique :

Brun pense, en effet, qu'on peut toujours cliniquement distinguer une lésion splénique d'un gros rein par un signe :

« *Le Signe du Rouleau* » :

— « La Rate roule entre la main abdominale et la main lombaire, ce qui ne se produit pas lorsqu'il s'agit d'un Rein ».

● L'autre, Majeur, est fourni par *les Investigations Radiologiques.*

— Cliché sans préparation, urographie intra-veineuse, et pyélographie éventuellement, objectiveront — en effet — l'intégrité morphologique du parenchyme et de la silhouette pyélocalicielle.

— Que dire par ailleurs, d'un Syndrome Pleuro-Pulmonaire dont la « Dominante Fonctionnelle » Basi-Thoracique Gauche est patente :

— **Comment ne pas songer d'emblée à un épanchement pleural, voire à une lésion pulmonaire basilaire** ;

— Comment ne pas tomber dans *le Piège de ce Kyste Splénique* « *Ascendant* » ?

● Les critères cliniques de distension basi-thoracique avec asymétrie mamelonnaire, sont encore inapparents.

● La matité reste imprécise dans son contour supérieur.

— Peut-être aura-t-on la chance de pouvoir affirmer son léger débord sous-chondral, confirmant parfois, une impression d'empâtement restée imprécise sous une paroi peu « complaisante ».

— C'est en fait, de l'examen radiologique, — scopique et graphique — pratiquée d'emblée, que naîtra une orientation plus résolue, visualisant une silhouette kystique, quelquefois estompée excentriquement par un épanchement pleural réactionnel.

— *La pratique du Pneumo-Péritoine, a dans ce cas, un intérêt tout particulier,* absolument comparable à celui qu'on lui reconnaît au cours de l'exploration de déformations du Dôme hépatique.

— Dans la discussion de ce diagnostic, il faut faire une place à part — et nous la ferons importante — aux cas de **Kystes en Situation Pelvienne :**

= « L'erreur de diagnostic topographique est ici bien excusable », comme voulait bien le souligner le Professeur Mondor.

- Nous voulons parler des malades chez lesquelles, l'examen découvre une Tumeur Abdomino-Pelvienne que tout porte à considérer comme *un Kyste de l'Ovaire*, alors qu'à la laparotomie — dès l'ouverture du péritoine — une exploration rapide « coupe le souffle » par la conclusion qu'elle impose : *Il s'agit d'une Rate Ectopique.*

- Nous avons vécu cette surprise opératoire il y a quelques années avec sans doute d'autant plus d'intensité que notre enthousiasme offensif n'animait qu'une expérience chirurgicale toute balbutiante.

— La littérature, nous permit heureusement de découvrir qu'une telle erreur diagnostique avait fait l'objet d'importantes publications :

- En 1867, c'est Péan qui — opérant une malade en pensant qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire — fit la première splénectomie.

- En 1935, M. B. Desplas, présentait à l'Académie de Chirurgie, un cas de « *Rate ectopique à pédicule tordu, considéré comme un kyste de l'ovaire à pédicule tordu* ».
  - — Le Professeur Mondor signalait alors que trois ans auparavant, il avait réuni cinq ou six cas comparables parmi lesquels un de Potherat et un de Welti.
  - — M. Hartmann citait, quant à lui, quatre cas personnels.

- En 1933, Irvin Abell avait déjà — dans un travail sur les splénoptoses (Annals of Surgery) — rassemblé 23 cas de diagnostic pré-opératoire de tumeur d'origine génitale.

- En 1938, cette confusion diagnostique, faisait l'objet d'un nouveau rapport de M. B. Desplas à l'Académie de Chirurgie, qui mentionnait :
  - — 8 cas réunis par M. Mourgue-Molines et Ginestie (Montpellier),
  - — 1 cas de G. Chevalier (Alep-Syrie),
  - — 1 cas de Pétridis (Alexandrie),
  - — 1 cas de V. de Carvalho et de G. de Azevedo (Sao-Paulo).

- En 1939, Goinard complétait ces données diverses, dans son ouvrage consacré à la pathologie chirurgicale de la Rate.

Cas personnel : Rate Ptosée, Parasitée et Volvulée : Noter l'Hypertrophie notable du Parenchyme Résiduel par répercussions Hémodynamiques de la Ptose et de la Torsion Splénique

— D'importantes conclusions sont à extraire de ces différents travaux tant sur la Splénoptose, que sur son danger majeur, *la Torsion Aiguë du Pédicule*, qu'une hypertrophie de l'organe ne fait que favoriser.

- Elle s'observe en règle chez la femme adulte entre 30 et 40 ans.
- Dans la moitié des cas, il s'agit d'une *Rate Malade*, « *Alourdie* ».
- Mais, il faut noter que la Splénoptose n'est souvent que la résultante d'une juxtaposition,
  - — d'une *Anomalie Congénitale*,
  - — et d'une *Affection Acquise*, les deux éléments intervenant pour rendre patente *une Ptose*, voire une *Hypertrophie du Viscère, par Gêne circulatoire due à une Traction du Pédicule.*
- Il est d'ailleurs intéressant de noter que notre première Rate — **ptosée - parasitée** — et **volvulée,** (et nous renvoyons là à notre document photographique), présentait un *Parenchyme Résiduel notablement Hypertrophié.*

= Loin de l'expliquer par « l'hypertrophie compensatrice du parenchyme restant », nous croyons justifié de dire — répondant aux notions nouvelles résultant des travaux de R. Bourgeon — que ce volume du parenchyme résiduel, n'était dû qu'à un *facteur* « *Hémodynamique* » encore ou devenu prépondérant.

= La Splénopathie, n'avait fait là — sans nul doute — servie peut-être par des gravidités multiples — que sensibiliser une Malformation Congénitale ;

= La torsion, se surajoutant à *ces répercussions hémodynamiques* déjà suffisantes pour hypertrophier un parenchyme résiduel — encore capable d'y répondre — n'avait pu que rendre plus évidente la masse viscérale, *l'étranglement du pédicule splénique*, déterminant toujours, une augmentation rapide du volume splénique *par Congestion Passive*, par « Engorgement » Veineux du Viscère.

— Toldt et Zuckerkandt, ont montré que cette Splénoptose, loin d'être un élément d'une Ptose Viscérale Multiple, n'est parfois liée qu'à un *Désordre Embryologique* qu'une *Splénopathie* « *Pesante* » ne fait que révéler.

- De l'Absence ou de l'Insuffisance de Soudure du Double Feuillet Péritonéal — à l'origine de la Rate dans le Mésogastre Postérieur — (dont la soudure a lieu, en principe, au 4e mois de la vie fœtale).

— Résulte, en effet, un Ligament Phrénico-Splénique absent, trop long, ou « flottant », à l'origine d'une Mobilité Splénique — vis-à-vis de laquelle l'Épiploon Pancréatico-Splénique ne peut rien.

(« Les Rates ectopiques fixes, sont — dans la grande majorité des cas — des Rates accessoires plus ou moins développées ». R. Grégoire).

- Ces Rates deviennent ainsi *Migrantes* ou *Ectopiques*, appendues au seul pédicule splénique étiré.
- Viscère ainsi devenu « Pendulaire », il pourra migrer dans la Cavité Abdomino-Pelvienne, au hasard de facteurs intercurrents (grossesses répétées ; flaccidité pariétale ; travaux pénibles ; évolution d'une splénopathie), étant par ailleurs toujours voué au risque — après une torsion chronique plus ou moins accusée — de Torsion aiguë.

— Cette notion de Tumeur Pelvienne « Balladeuse », fuyant sous les mains de façon spectaculaire sans nulle difficulté dans la cavité abdomino-pelvienne, peut en fait, évoquer le diagnostic de lésion splénique, à condition de penser à ces paroles de M. Hartmann : « les Tumeurs nées dans la partie supérieure de l'abdomen et descendues dans l'Excavation, reviennent à leur lieu d'origine lorsqu'on élève le bassin ».

- **La Position de Trendelenburg est en effet essentielle dans le diagnostic de ces Tumeurs Abdominales Pédiculées :**
- La main, grâce à cette manœuvre, refoule, replace par *la « Posture »*, ces Tumeurs flottantes, à l'intérieur de leur loge d'origine.
- « Ces Tumeurs Abdomino-Pelviennes interprétées comme des Kystes Ovariques, que l'on ne s'attendait pas à voir remonter sous le Diaphragme, *réintégrent — en Trendelenburg — l'hypochondre gauche* — les Tumeurs d'origine Pelvienne Vraie, restant — quant à elles — attachées au Petit Bassin » (P. Goinard).

DISCUSSIONS A L'ECHELON SPLENIQUE

Les Embûches du Diagnostic Topographique ayant été évitées ; la Lésion étant ainsi « Définie » Formellement Splénique, il reste à affirmer qu'il s'agit d'un Kyste de la Rate et que ce Kyste ne peut être qu'Hydatique.

— Certains auteurs, attribuant par là, une valeur fondamentale aux *Réflexes Géographiques Conditionnés*, ont pu dire « qu'il suffit d'y penser pour le prouver ».

- En Terre Hydatique, cette « *Sensibilisation Diagnostique* » n'est pas un vain mot.
- Ailleurs, c'est tout le problème des « Transplantés », chez lesquels le Contexte Pathologique Rétro-actif, se situe souvent en marge des Critères Habituels du Pays d'immigration ;

  Là, la nature de la tumeur splénique échappera plus souvent, l'intervention étant alors seule capable, de la baptiser Hydatique.

— L'intégrité absolue de la formule hématologique dans l'hydatidose, aurait fait rejeter d'emblée, nombre de **Splénomégalies « Symptomatiques »**, si les critères cliniques n'avaient suffi —, qu'il s'agisse

- *de Splénomégalies de « Syndromes Clinico-Hématologiques »*,

  — ne soulignant là — du fait du cadre exotique — que les *Splénomégalies Méditerranéennes* qu'elles soient « Egyptiennes » ou « Algériennes », dans lesquelles la formule sanguine est également toujours modifiée (« Anémie Splénique »),

- *de Splénomégalies Secondaires*,

  — en particulier *infectieuses ou parasitaires*,

  - sans perdre de vue néanmoins, *les cas de Polyglobulie* malgré tout non exceptionnels dans l'Hydatidose Splénique — qui rejoint là, certaines Lésions Tuberculeuses ou Syphylitiques.

  - *Les Splénomégalies Parasitaires « de Prémunition »*, qu'elles soient Paludéennes ou Leishmaniennes, ne posent aucun problème particulier, du fait de leurs critères symptomatologiques spécifiques.

  — Restent à éliminer

les autres Formations Kystiques.

- *Les Kystes Dermoïdes*,

  Ils sont non seulement exceptionnels, mais latents, et ne présentent d'intérêt — pour reprendre une expression de Goinard — que pour l'anatomo-pathologiste.

- *Les « Rates Polykystiques »*,
  sont très particulières par leur masse volumineuse bosselée.

- Il est souvent difficile par contre d'éliminer formellement en préopératoire,
  Les Vrais Kystes Séreux uniloculaires autant que *les Faux-Kystes Séreux* qui peuvent atteindre des volumes énormes.

- *Les « Faux-Kystes Hématiques »*, peuvent poser le même problème, qu'il s'agisse :

  — d'Hématomes Enkystés Post-traumatiques,

  — de Kystes Epidermoïdes que certains classent parmi ces Faux-kystes,

— voire d'Hémangiomes ; Grosses Rates creusées de grands lacs sanguins, qui sont intermédiaires entre les kystes et

- *Les Tumeurs Solides.*

  - Seul peut-être, le problème d'une Rate volumineuse contenant de Gros Angiomes Caverneux Multiples, pourra être soulevé ;
  - Les Tumeurs Malignes, les Sarcomes Spléniques ayant une allure clinique sans équivoque.

— Enfin nous signalerons les cas **d'Anévrysmes Intra-Spléniques.**

= Dilatations d'artères trabéculaires, dont les parois sont parfois calcifiées, et

= qui peuvent de ce fait — en cas d'Anévrysmatose généralisée à une grande partie de l'Arbre Artériel Splénique — être difficile à différencier de Kystes Hydatiques Multiples Calcifiés.

TRAITEMENT

DE L'ECHINOCOCCOSE SPLÉNIQUE

— **Tour d'horizon thérapeutique.**

— **Procès de la marsupialisation.**

— **Autres méthodes à exclure :**

- Réduction sans drainage,

  associée ou non à une fixation { pariétale ou péritonéale.

- Kystectomie avec résection partielle du périkyste.

  = Pseudo « résection partielle réglée » avant la lettre.
  = Succès de la méthode.
  = Valeur thérapeutique.

— **Echinococcose splénique doit être maintenant synonyme de Splénectomie**

- Son cortège d'écueils opératoires, liés à la « Personnalité » de l'Echinococcose Splénique.
- Le problème fondamental de la Voie d'Abord.
  = La Voie Mixte Abdomino-Thoracique : Voie Optima.
  = Valeur des Incisions Conventionnelles.
  = La Voie-clef Abdomino-Lombaire de R. Bourgeon.

— **Bien-fondé Statistique de ce Traitement Radical.**

— **Remarques Tactiques** concernant

— Les kystes spléniques compliqués.

— Les kystes spléniques associés à d'autres localisations parasitaires.

— Echinococcose et Splénoptose.

Tout le monde est d'accord sur un point : *Il faut détruire le parasite et obtenir la guérison dans les meilleurs délais.*

Le Traitement Chirurgical est seul capable de fournir un tel résultat ;

Le traitement médical « spécifique » :

— qu'il soit chimiothérapique (thymol-iodé) ou antigénothérapique,

— étant tout au plus capable, de fournir une thérapeutique désensibilisante.

— La Littérature est encore le reflet, des discussions intarissables, qui ont présidé à la défense de telle ou telle solution chirurgicale. Disons de suite, que **nous ne pouvons que renchérir sur la prise de position de R. Bourgeon, Pantin et Catalano en faveur de la Splénectomie comme Thérapeutique de Base.**

— Bien que Goinard ait pu dire, que « la Chirurgie de la Rate arrive à cette phase adulte où elle devient impersonnelle », on ne peut que s'étonner — à la lecture des publications étalées sur une cinquantaine d'années — du nombre de lignes, ayant pour seul but, pour même objectif, *de faire redouter la Splénectomie dans l'Echinococcose.*

— Que d'arguments fallacieux ont été avancés = supprimer un organe unique de l'Economie !

= Réaliser une intervention « de luxe » —, supprimant un Organe au Parenchyme Résiduel encore « Efficace » !

- On a ainsi l'impression que nombre de discussions, ont oublié le problème essentiel : l'affection elle-même ! On ne peut que se demander si — des années durant — la crainte de la Splénectomie dans l'Echinococcose, n'a pas répondu à une sensibilisation inconsciente aux affections du Système Réticulo-Endothélial.

- Il ne s'agit pourtant, tout bonnement, que **d'une Cible Parasitaire, qui ne conservera ses Critères Potentiels, que pour autant que la cible atteinte continuera d'être présente.**

- La Spélnectomie d'une telle Rate parasitée — pratiquée chez un sujet *où le Tissu Réticulo-Endothélial Synergique est absolument Intact*, **sera d'une inocuité absolue** et four-

nira une rigueur thérapeutique idéale, par **suppression radicale du « Complexe Pathologique Spléno-Parasitaire »,**

— Car, la lésion parasitaire a, de jour en jour, détruit un peu plus le Parenchyme Splénique acculé dans ses pôles, lui imposant **des Réduits Cupuliformes mal irrigués — soumis à des pressions multiples — qu'il est Impensable de considérer encore Sains, voire susceptibles de jouer encore un Rôle Physiologique Efficace.**

— La **« Fonction-Réservoir »,** la plus caractéristique de la Rate, *la Seule Irremplaçable* (Benhamou), **n'est plus même concevable, pour les Reliquats Parenchymateux plus ou moins envahis par la Nécrose.**

A une époque où l'Anesthésie et la Réanimation font merveille, il est ainsi inconcevable que la Splénectomie dans l'Hydatidose Splénique, *conserve son Masque de Mortalité majorée, par rapport — en particulier — à la Marsupialisation*, comme le montraient les statistiques de Sabadini en 1935 (mortalité de 20,5 % par splénectomie ; contre 9,5 % en cas de marsupialisation).

Si encore, cette **Kystostomie** (de Lindemann et Landau), était une arme sans reproche ! Mais ce n'est nullement le cas :

- Que dire en effet d'un traitement qui — **Socialement — est déjà un Échec :**

  Au mieux, en effet, l'hospitalisation du malade, durera de Un à Trois mois ;

  Souvent, une **Fistulisation Interminable** sera son fait, intarissable de sequestres fragmentaires périkystiques s'énucléant lentement du parenchyme.

- Encore une chance, que **le Pronostic Vital** de ce « *pilier hospitalier* » — voué fréquemment à un nouveau séjour pour une *Cure d'Éventration* — n'ait pas été mis en jeu — au bout de quelques semaines — par une Hémorragie Externe liée à un début de décollement du périkyste, où le Tamponnement reste vain et qui — la main forçée — contraint à pratiquer *une Splenectomie Secondaire dans les plus mauvaises conditions*, chez un malade dépourvu de tout équilibre électrolytique et que la meilleure réanimation n'a pu compenser.

  (Un cas de R. Bourgeon illustrait parfaitement cette évolution).

- Ce sont là, les risques locaux, de ce *Drainage Externe par Marsupialisation*, sans envisager la portée thérapeutique restreinte, de cet **Acte Chirurgical à Minima :**

  — Il est en effet **Aveugle,** presqu'autant vis-à-vis de la Loge Splénique, que vis-à-vis d'une Cavité Abdomino-Pélvienne qu'il méconnaît.

- S'il vide le Kyste Hydatique de sa Membrane-Mère, de son Liquide, voire des Vésicules-Filles qu'il contient,

  Il ne concerne là qu'un Kyste Apparent ;

  Il ne permet nullement de juger de l'Existence, et évidemment de traiter, les Autres Localisations Parasitaires Spléniques Éventuelles ; qu'il s'agisse,

  = *de Formations Vésiculaires Exogènes* incrustées dans la paroi adventice,

  = *de Kystes Hydatiques Intra-Parenchymateux plus profonds* qui ne sont pas encore extériorisés, et qui — faute d'artériographie pré-opératoire — n'auront pas été soupçonnés.

  (Cette multiplicité kystique intrasplénique, relativement rare d'après les données de Sabadini (18 cas sur 200) et de Kourias (5 cas sur 36) est — d'après les statistiques récentes de R. Bourgeon — d'une fréquence notable, puisqu'elle est retrouvée dans plus de 25 % des cas. (12 cas sur 49).

  = **Toutes ces Formations Intra-Adventicielles ou Intra-Parenchymateuses**

- **non détectées**

- **soustraites à l'action parasiticide d'un Formolage préalable incapable de les atteindre, seront — à coup sûr — à l'origine de Récidives Post-opératoires.**

- En outre, **cette méthode thérapeutique, ne peut que laisser méconnues, les Lésions Parasitaires Intrapéritonéales associées, encore Latentes;**

  — que ces lésions intrapéritonéales concernent :

  - **Une Echinococcose Secondaire strictement Locale** ;

  puisque l'on se garde bien d'aborder les adhérences anarchiques de ce kyste sous-tension que l'on craint de rompre par des manœuvres périphériques d'autant plus risquées, *qu'elles sont bridées par une incision étroite.*

● **Une Echinococcose Secondaire Péritonéale** déjà constituée ;

l'*Exploration du Grand Epiploon, geste réflexe et le plus élémentaire*, restant incomplète ; car, si un besoin de mieux faire, pousse à agrandir quelque peu, cette incision à minima de Kystostomie, à l'Aplomb de la Saillie tumorale, on ne peut que craindre — par l'Exploration Manuelle même la plus douce mais restant Bridée — la Rupture de ce Kyste bombant sous l'incision dont on connait l'Aboutissant.

● Enfin, // quelles que soient les Précautions prises, pour protéger la Cavité Péritonéale et la Paroi ;

// quelle que soit l'Étanchéité du Mur d'enceinte que l'on dresse, à la périphérie de la zone kystique abordée,

// quelle que soit la minutie des temps :

- d'Aspiration intra-cavitaire,
- d'Évacuation stricte des Formations Membrano-Capsulaires incluses,
- de Formolage intra-cavitaire, respecté dans sa dilution (2 %), et sa durée (10 minutes),

// quelles que soient, enfin, les précautions méticuleuses poursuivies lors de l'Amarrage Pariéto-Adventiciel autour du Drain,

// quelle que soit — en un mot — la Rigueur d'une Tactique Opératoire bien réglée ;

On ne peut même pas terminer l'Intervention pleinement satisfait, ne pouvant jamais affirmer qu'un Ensemencement Per-opératoire de la Cavité abdomino-pelvienne, n'a pas eu lieu.

Nous avons fait là, le Procès de la Marsupialisation qui — durant des dizaines d'années — amena des succès non niables à plus ou moins long terme, fournissant surtout, *sous couvert d'une « Thérapeutique de Demi-Mesure »*, la possibilité d'aller vite, de peu choquer un malade *presqu'exclusivement pourvu de son seul « Capital »* pour redresser l'Équilibre rompu par l'Agression chirurgicale.

D'autres Méthodes contemporaines de la marsupialisation, doivent également être — une fois pour toutes — Formellement Éliminées.

● **La Réduction Sans Drainage** (Posadas) **après Vidange du Kyste, Formolage puis Suture des Berges Adventicielles — voire à points inversants —** n'est citée que pour mémoire : qu'une **fixation pariétale** (Ivanissevich) **ou péritonéale** (Varsi et Toole) de prudence, lui soit ou non associée.

= *Les dangers d'infection en cavité close — parfois « retardée » (Dévé) — se surajoutant au potentiel morbide de la marsupialisation, ne donnent plus droit de cité à cette méthode* que Goinard, pourtant — en 1939 — vantait encore et préconisait.

● Une autre méthode mérite mieux que cette négation, car elle n'était pas loin d'une **« Résection Partielle Réglée de la Rate »** dont Nguyen-Huu (Saïgon) justifia la possibilité expérimentale :

● Il s'agit de **la Kystectomie avec Résection Partielle du Périkyste** que prônèrent Oliver, Mabit et Martin.

= R. Bourgeon, a réalisé cette intervention avec succès, mais en se limitant à une **Énucléation du kyste par Morsure Maxima sur le Périkyste,** *restant — malgré tout — à distance, du parenchyme splénique résiduel.*
L'intervention fut terminée, par *Apposition d'une Lame d'Épiploon à la Tranche viscérale trans-adventicielle.*

● Cette intervention fut suivie d'une complète guérison, mais le Professeur Bourgeon avoue lui-même, que *les Critères Physiologiques de la Rate, justifient fort peu de telles Acrobaties Chirurgicales, dans le but de conserver un Moignon Splénique plus ou moins Douteux.*

● C'est là d'ailleurs, tout le problème de la vraie Résection Partielle Réglée, expérimentée par Nguyen-Huu :
Cette intervention séduisante du fait de **« plans exsangues »** *séparant les Territoires Segmentaires en Tranches Empilées des Ramifications Artérielles Spléniques,* ne peut que garder sa valeur de curiosité anatomique et expérimentale.

— Cette condamnation en cas d'Échinococcose Splénique, n'est cependant pas sans appel ; puisque nous avons relaté *la Coexistence possible d'une Cirrhose avec Hypertension Portale,* signalons qu'en cas de pareille association morbide, — dûment vérifiée par ponction-biopsie du foie et prises de pression, **R. Bourgeon, a récemment proposé la Résection Bipolaire de la Rate suivie de Transposition thoracique de celle-ci.**

Telles furent les optiques chirurgicales durant ces trente dernières années :

- *On se doit d'être maintenant formel, et le Professeur Bourgeon et le Professeur Aprosio, ont su nous inculquer leur conviction :* **Echinococcose Splénique doit être maintenant Synonyme de Splénectomie.**

- Nos deux cas personnels, n'avaient pu que nous prouver *le bien-fondé de ce Traitement Radical, amenant une Guérison Définitive de l'Affection — tout en libérant la conscience d'une lésion secondaire négligée, par l'exploration de la cavité abdomino-pelvienne qu'il permet.*

  - Cette voie se dessinait déjà depuis quelques années grâce aux publications de Kourias, Kocaoglu et Kayabali, argumentées par Mallet-Guy (1958).

Il est maintenant permis de n'envisager le traitement de l'Échinococcose Splénique **que par cette Splénectomie et par Elle-Seule.**

- *Certes, on ne devra jamais perdre de vue, que cette Intervention, vouera — neuf fois sur dix — à des dissections longues, minutieuses, du fait du Blocage quasi-constant de la Masse Spléno-Parasitaire par les Adhérences Anarchiques, serrées, qui sont l'Apanage de cette Localisation Splénique de l'Échinococcose.*

- Mais, ces difficultés opératoires étant prévues, bien assimilées, **la Décision de Splénectomie sera Irrévocable, rendant seulement plus fondamental le Problème de la Voie d'Abord,** dont les Bilans clinique et radiologique, s'attacheront à définir au mieux les *Flèches Directrices* — au besoin, en cas de Kyste Ascendant, avec l'aide du *Pneumopéritoine*, qui représente là, un élément d'orientation majeur.

Existe-t-il une Voie d'Abord Idéale ?

— Si l'on veut « être à l'aise » ;

- **Si l'on veut vraiment pouvoir faire face à toutes les difficultés sans dissections acrobatiques de ces adhérences périspléniques à tendance symphysaire ;**
- **Si les bilans radiologiques, en particulier, laissent supposer une Dominante Spléno-Diaphragmatique ;**

Une Voie s'impose alors :

C'est la Voie Mixte Abdomino-Thoracique vantée par J. Patel et L. Léger, qui permet « *d'aborder ces grosses Rates fixées, par le toit de leur loge et non par son plancher, en combinant aux procédés de splénectomie par le ventre, la thoraco-phrénotomie avec laquelle tout est facile.* » (J. Patel).

- **La Flèche d'Incision Première, reproduit les incisions antérieures obliques en bas et en dedans de Lecène ou de Quénu,** et — *après exploration* — **« on n'ouvre le thorax au niveau du 8e espace, que si le besoin s'en fait sentir, pouvant parfois se limiter à une simple résection chondrale «** (J. Patel).

— Certes, on fait à cette **« Technique Optima »,** de multiples reproches, allant de la Chondrite tenace qu'elle peut laisser derrière elle, « aux Complications auxquelles elle expose plus que tout autre procédé ;

— Pulmonaires (congestion, atelectasie),

— ou Pleurales « hydropneumothorax qu'on est obligé d'évacuer par des ponctions réitérées » ;

Mais, continuant à citer J. Patel : **« les Avantages de la Technique, l'emportent de loin sur les Inconvénients ».**

— Ajoutons du reste, que les progrès constants de la technique, ont considérablement amélioré les suites opératoires encore difficiles voici quatre ou cinq ans.

— Il faut néanmoins avouer, que « *la Vocation Abdominale* » *qui est la plus habituelle dans l'Échinococcose Splénique, dispense souvent d'une telle Voie Mixte* ;

Et les Incisions — de Costantini
— de Lecène et Deniker,
— en L de Grégoire,
— voire de Bazy,

restent très satisfaisantes pour certains auteurs.

= Notre Maître, le Professeur agrégé Aprosio, préconisait **l'Incision en L de Grégoire,** qui nous donna — au prix certes, de dissections minutieuses et patientes — toute satisfaction dans notre deuxième cas, nous permettant même — « *en jouant évidemment des valves* » — de venir à bout d'adhérences diaphragmatiques en multiples brides solides et serrées.

— Le Professeur R. Bourgeon, quant à lui, nous a conseillé une **Voie d'Abord Abdomino-Lombaire, que ses multiples cas, lui firent définir — comme Incision Préférentielle dans l'Échinococcose Splénique —**

- Il s'agit d'une *Incision dérivée de celle d'Alamartine* ;

  Incision = franchement Latérale,
  = presqu'Horizontale,
  = Étale du Bord Externe de la Masse Sacro-Lombaire, au Bord Externe du Muscle Grand Droit,
  = en Flèche Arciforme contournant le flanc — au ras du Bord inférieur de la 12e côte.

  Elle peut mordre — à la demande — sur le Grand Droit, voire être complétée par une Médiane.

- Les avantages d'une telle incision, *qui se montra parfaitement adaptée à tous les écueils,* sont multiples :

  — Elle évite le Thorax.

  — Elle donne un Accès Direct Postérieur sur le Pédicule Principal et la Face postérieure de la Rate ;

  // par Décollement Postérieur Spléno-Pariétal,

  // qui mène à l'Epiploon Pancréatico-Splénique.

  — *Elle permet « un Tour d'Horizon » Abdominal très suffisant, et permet même — dans le même temps opératoire — la Cure des Lésions Associées éventuelles du Lobe Gauche du Foie.*

— Cette tactique opératoire, doit enfin se terminer, par la mise en place dans la Loge Splénique, d'un **Drainage Déclive d'issue postéro-cicatricielle,** « pour éviter les hématomes résiduels, les épanchements pleuraux réactionnels » ; tous facteurs, qui ne feraient que favoriser *cet Accident Dramatique des Splénectomisés* — heureusement devenu rare depuis les progrès de la Réanimation, des Antibiotiques, et de toute façon curable par l'Hibernation artificielle — qu'est **« l'Hyperthermie post-opératoire » ;** qu'elle soit d'origine infectieuse (Lortat-Jacob), voire liée à une hypersympathicotonie, à un déséquilibre électrolytique, ou à des désordres hypophysaires (J. Patel).

Telles sont les Voies d'Abord offertes, pour mener à bien l'Intervention Radicale qui mettra fin définitivement à l'affection.

Toutes les statistiques et les observations récentes, prouvent **le Bien-fondé de ce Principe thérapeutique.**

Mortalité :

= Sur 26 Splénectomisés pour Hydatidose Splénique,

- 24 sortirent guéris de l'hôpital entre le 10e et le 25e jour.
- 2 cas de R. Bourgeon, moururent de lésions associées irréversibles :
  - — Un cas de Cachexie hydatique, par Hydatidose Hépatique Massive associée.
  - — Un cas de Splénectomie Secondaire, impliquée par des hémorragies graves après marsupialisation.

= Ces cas sont les suivants :

- Gandin : 3 cas - guéris.
- Kourias : 5 cas - guéris.
- Kocaoglu : 2 cas - guéris.
- R. Bourgeon et Pantin : 14 cas - 2 morts.
- Nous-même : 2 cas - guéris.

Morbidité :

= L'Évolution Post-opératoire comporte, un certain nombre de complications plus fréquentes, lorsque des adhérences ont rendu la splénectomie difficile,

- *L'Absence de Drainage ou sa Suppression trop rapide*, peut laisser persister un épanchement sous-diaphragmatique avec fièvre, et pour lequel des ponctions — ou mieux — un nouveau drainage avec aspiration, deviennent nécessaires.

- *Dans tous les cas, la Plèvre doit être surveillée*, à l'oreille, à la radiographie, à l'aiguille exploratrice.

- En cas de Maladie Hépatique associée, il faut se souvenir que la flèche d'hypercoagulabilité qui suit la splénectomie, peut être la cause d'une *Thrombose Extensive à partir du Moignon de la Veine Splénique ;* et une surveillance attentive des tests de coagulabilité sera instituée, pour parer à toute complication de cet ordre.

———— Ces chiffres parlent d'eux-mêmes ;

Les seuls cas particuliers de kystes spléniques compliqués, voire, associés à d'autres localisations viscérales, nécessitant quelques dernières remarques tactiques,

— *sans parler d'une Réanimation pré - per - et post-opératoire, encore plus offensive.*

Les Kystes rompus

= *dans le Colon Gauche*, impliquent :

- dans un premier temps :

  Splénectomie + Anus de dérivation

- dans un deuxième temps :

  Une *Colectomie Segmentaire à la demande.*

— Il n'est pas exclu d'envisager dans un même temps ces deux interventions, si l'état général le permet.

= *dans l'Estomac*, impliquent, en un temps :
Splénectomie + Gastrectomie longitudinale de la Grande Courbure.

= *dans les Bronches,*

- Le traitement du Kyste Splénique, prime celui du Kyste Pulmonaire,

— donc splénectomie *après Déconnection Spléno-Diaphragmatique et Obturation de la Brèche.*

— *Expectative Armée au décours,* sous antibiothérapie et réanimation stricte, vis-à-vis des lésions broncho-pulmonaires.

= *dans la Cavité Péritonéale,*

- S'il s'agit d'Echinococcose Primitive Hétérotopique : Splénectomie d'urgence.
- S'il s'agit d'une Echinococcose Péritonéale Secondaire ; Splénectomie Contemporaine de l'un des temps de la cure de cette Echinococcose Péritonéale.

Les Kystes Spléniques associés à d'autres Localisations Parasitaires

- Les Associations Hépato-Spléniques :

= *Rate + Lobe gauche du foie :*

Cure des Kystes du Lobe gauche et Splénectomie *dans le même temps opératoire.*

= *Rate + Foie droit :*

Traitement *en Deux temps,* l'évolutivité des lésions déterminant l'acte inaugural.

- Si les lésions hépatiques le permettent, *Splénectomie Première, du fait de sa Guérison Rapide.*

- Les Associations Spléno-Pulmonaires.

Rate + Lobe inférieur du Poumon gauche :

— Splénectomie et cure des Lésions pulmonaires *dans le même temps opératoire,* **par Voie Mixte abdomino-thoracique**

Enfin, nous terminerons cet exposé, par une dernière remarque, concernant notre observation personnelle de **Rate parasitée en ectopie pelvienne.**

= *La Torsion n'aurait-elle pas existée, la Splénectomie s'imposait — du fait certes de sa seule Hydatidose — mais tout comme elle s'impose également dans toute Splénoptose « où la Décision opératoire est prise »* (J. Patel).

CONCLUSIONS

— **L'Échinococcose Splénique, longtemps méconnue par sa rareté, est devenue dans les quinze dernières années, une Affection incontestablement plus fréquente.** *Le Professeur R. Bourgeon, le soulignait récemment, et ses dernières statistiques accusant des chiffres de* 8 *à* 12 % *dans la « Hiérarchie » Échinococcique, sont loin devant les rapports datant d'une trentaine d'années, où les Kystes Hydatiques de la Rate, étaient voués à une troisième place fort modeste (*2,7 %*) derrière les Localisations Hépatique (*75 %*) et Pulmonaire (*10 %*) de l'Échinococcose.*

C'est dire, que malgré des campagnes de lutte et de prophylaxie anti-échinococcique pourtant énergiquement renforcées depuis une vingtaine d'années, l'Échinococcose Splénique, est devenue paradoxalement plus commune, dans ces **Pays Sous-Développés — Méditerranéens surtout — quasi-électifs de l'Échinococcose,** *ou des populations pauvres et clairsemées sur de vastes territoires —* **zones électives de vie pastorale et nomade** *— restent rompues à une indolence ancestrale, et réfractaires à toute Hygiène, qu'elle soit purement sanitaire, voire alimentaire.*

— Les Facteurs Nutritionnels auxquels sont soumis ces populations dont les régimes sont en règle largement Carencés ; les autres Facteurs Cirrhogènes Viro-Parasitaires auxquels elles sont exposées ; voire les Splénomégalies Primitives que présentent fréquemment ces sujets, sont autant d'éléments, entraînant par leur Retentissement Hémodynamique Intrasplénique, un Contexte Anatomique Particulier, justifiant une hypothèse pathogénique de l'Échinococcose splénique.

= *Que ces Pièces de Jonction que sont les Sinus Veineux Intra-spléniques, soient encombrées par Stase, voire par Hypertension Portale ; qu'elles soient rétrécies par Hypertrophie des cordons de Billroth ; voire par des dépôts sidéro-hématiques, ces aspects tout à fait particuliers du Dispositif vasculaire lorsque la Rate devient Pathologique — sur lesquels R. Bourgeon et B. Ferrand ont bien insisté — ne peuvent que favoriser l'Arrêt de l'Embryon Hexacanthe dans la Rate.*

= **Ainsi se trouve expliquée, la Fréquence « Orientée » de l'Échinococcose Splénique, Vocation Pathogénique de « Terrain »,** *que les cartes parfaitement superposables des Maladies hépato-spléniques baptisées Méditerranéennes et des Hydatidoses Spléniques, nous avaient permis d'envisager.*

— **Le « Thème évolutif » de cette Affection, objective une « Personnalité » extrêmement marquée,** *dont les facteurs déterminants, résident dans les particularités strictes des Contextes Anatomiques tant Vasculaires que Régionaux de la Rate.*

= **L'Échinococcose Splénique Primitive,** *est liée à un blocage mécanique de l'embryon hexacanthe, soit au niveau de la « Ligne de Rivage » du Dispositif capillaire entre les deux Territoires constitutifs antérieur et postérieur d'un Segment splénique ; soit au niveau des capillaires périphériques. C'est là que s'effectue la Nidation parasitaire ; c'est là que s'opérera l'évolution de l'élément échinococcique — Complexe dès lors Vésiculo-Adventiciel — d'Expansion Inexorable.*

= *Formellement distincte dans son cadre pathogénique, puisque liée à un Ensemencement Péritonéal, d'éléments échinococciques libérés par Effraction d'un Kyste Hydatique Primitif d'Autre Localisation Viscérale — mais souvent Hépatique —* **l'Échinococcose Splénique Secondaire,** *résulte du Cheminement réglé — voire induit par une Déclivité Optima dans l'Espace Péritonéal Sous-Diaphragmatique, d'un Élément Parasitaire, libéré au sein de la séreuse péritonéale, qui viendra s'agglutiner, puis se greffer sur sa « Cible » Splénique, pour finir par s'enchâtonner au sein du parenchyme, indifférenciable alors d'une lésion primitive dont il calquera les critères évolutifs.*

— *L'Expansion kystique se poursuivra dès lors inexorablement, mais — par* **l'incontestable « Complaisance » de la Loge splénique, liée à sa Passivité Pariétale,** *l'évolution lésionnelle restera longtemps latente, rendant constante une* **« Incubation » lésionnelle, étale sur des années — expliquant le long intervalle libre « Infestation-Diagnostic »** *— ce dernier, soumis par ailleurs, à de fréquents Critères psycho-somatiques de l'Individu-Hôte, fataliste et contemplatif — n'étant souvent établi, qu'à un stade où la formation kystique sera d'Age Mûr, d'éclosion fort lointaine, ayant déjà acquis de notables dimensions.*

= *Car* **cette Extériorisation Tumorale est Absolue, liée à une Évolution Inexorable du Kyste ves la Séreuse.** *Son « Atmosphère » Anatomique » sera, en règle,* **Abdominale Gauche à flèche Directrice Longitudinale.** *Avant que ce seuil évolutif « Menant du Muet au Bruyant » n'ait été franchi, le parenchyme splénique, aura — pas à pas — été profondément Mutilé = par refoulement et compression, n'auront pu subsister que de Minces Cupules Parenchymateuses Marginales —* **Réduits Viscéraux Soumis à un Rejet Excentrique ;** *Moignons spléniques de « Capacité » Physiologique Douteuse, qui sont loin — comme l'a démontré R. Bourgeon par ses études artériographiques — de « l'hypertrophie compensatrice du parenchyme restant » qu'affirmait Dévé.*

— *Traduction inflammatoire capsulo-viscérale de ce Processus d'Infarcissement Péri-hydatique, une Trame Adhérentielle Péri-splénique aux formations tentaculaires serrées et anarchiques, aura simultanément étayé ses Pontages Spléno-Viscéraux.*

= **Ce Réseau Adhérentiel Massif, anarchique, à tendance Symphysaire, est l'un des Critères Fondamentaux de cette Localisation Splénique de l'Échinococcose.**

— *Responsable d'une part de la Symptomatologie fonctionnelle, ces Adhérences constituent un « Bouclier » périkystique rendant moins fragile sous la paroi abdominale la lésion parasitaire, interdisant — une fois de plus — toute analogie physio-pathologique entre les kystes hydatiques de la Rate et les kystes hydatiques du Foie qui, eux, « font librement saillie dans la Cavité des Séreuses ».*

Les Ruptures des Kystes Hydatiques de la Rate, auront ainsi leurs Modalités propres et quasi-spécifiques.

— *A l'opposé, Responsables de* **Véritables Pontages Spléno-Viscéraux,** *pouvant aboutir à la longue, par une Tunnelisation de proche en proche, à une Issue Tentaculaire Parasitaire dans l'Organe aveuglément connecté, ces Adhérences, pourront être responsables* **de Ruptures Fragmentaires du Kyste dans un Organe Creux,** *au terme ultime de la Résistance du Couvercle Membrano-Adventiciel à la tension extensive intra-vésiculaire.*

— Elles seront enfin et surtout à l'origine de Servitudes Opératoires qu'un Choix Averti, judicieux et Calculé de la Voie d'Abord saura vaincre.

— *Des années plus tard, même Extériosée, cette Tumeur aura, lors de l'Examen Clinique le mieux mené, son Lot le plus pardonnable de doutes.*

Certes, une Orientation née — ce n'est pas niable — **de Réflexes Géographiques Conditionnés** *— aura pu prendre corps ; certes* **une Tumeur de l'hypochondre gauche « crèvera les mains sinon les yeux » dans son axe hémi-abdominal gauche ;** *indéniablement, cette Tumeur Latéralisée, semblera pénétrée sous le Rebord Chondral Gauche ; dépourvue de Crénelures Splénomégaliques, rénitente, souvent fixée, offrant un Contact Lombaire mais Latéralisé, on saura évoquer devant elle, le diagnostic d'Échinococcose Splénique. Mais ce n'est qu'exceptionnellement qu'un tel diagnostic pourra être affirmé, les examens biologiques — qui n'ont que la seule valeur d'indices — laissant souvent intacts les doutes.*

— Quelle est donc la meilleure Arme Diagnostique avant l'Exploration Chirurgicale — la plus logique, la plus simple — imposée, quelles que soient les Fluctuations diagnostiques. *C'est incontestablement* **la Cavo-Aortographie Inférieure** *dont le professeur Bourgeon a démontré la valeur dans l'Échinococcose Splénique et qui objective — non seulement la Topographie Kystique par l'Image Lacunaire Artériographique qu'elle révèle — mais une éventuelle Multiplicité Kystique jusque là insoupçonnée ;* **ses Images de Ramifications Artérielles à Rejet Excentrique,** *étant, par ailleurs, quasi-pathognomonique de cette Hydatydose, du fait d'une Vascularisation Segmentaire Splénique Déterminante.*

— Il faut certes, faire une place à part, — Majeure, aux Cas de Kystes en Situation Pelvienne — « où l'erreur de diagnostic topographique est ici bien excusable ».

= *Résultante d'un Désordre Embryologique qu'une Splénopathie Pesante ne fait que révéler, la Position de Trendelenburg — s'y l'on y songe, pourra faire oublier ce Diagnostic inaugural de Kyste de l'Ovaire et remettre dans la voie d'une Tumeur Splénique.*

= **Un diagnostic uniquement rectifié à l'exploration chirurgicale ne sera pourtant nullement l'exception ;** *d'autant que les adhérences spécifiques de la lésion parasitaire splénique, ne peuvent que mettre en défaut cette* **« Réascencion de Posture ».**

— Car, dans tous les cas d'Échinococcose Splénique, la Seule Solution Thérapeutique est Chirurgicale.

= *La Littérature est encore le reflet de discussions intarissables présidant à la défense d'optiques chirurgicales de demi-mesure. Nous avons fait* **le procès de ces méthodes aveugles qui sont à proscrire ;** *nous avons envisagé le problème séduisant des résections partielles qui sont incompatibles avec ce Moignon splénique plus ou moins douteux.*

Nous avons cependant précisé qu'en cas d'Échinococcose Splénique associée à une Cirrhose avec Hypertension Portale dûment vérifiée par ponction-biopsie du foie et prises de pression, cette condamnation n'est pas sans appel, R. Bourgeon ayant proposé récemment la résection bipolaire de la Rate suivie de sa transposition thoracique.

— Mise à part cette thérapeutique orientée par une association morbide caractérisée, **la Seule Thérapeutique maintenant concevable de l'Échinococcose Splénique ne peut être que la Splénectomie.**

— Ce traitement Radical amène une Guérison Définitive de l'Affection, supprimant d'un coup, un Complexe Pathologique Spléno-Parasitaire.

— Thérapeutique idéale, maintenant d'une inocuité absolue, *elle ne fait qu'extraire de l'organisme une lésion parasitaire, en même temps que des Reliquats parenchymateux plus ou moins envahis par la Nécrose pour lesquels la « Fonction-Réservoir » — la seule Irremplaçable de la Rate — n'est plus même concevable. Elle libère par ailleurs la conscience d'une Lésion Secondaire négligée, par l'Exploration de la Cavité Abdomino-Pelvienne qu'elle permet.*

— Cette Décision de Splénectomie, devra donc être Irrévocable devant Toute Échinococcose Splénique, *le seul problème, restant* **la Discussion de la Voie d'Abord** *que les Adhérences Périspléniques et les Dominantes abdominales ou thoraciques des Formations kystiques, rendront plus fondamental.*

= *L'Opacification Artérielle, associée au Pneumopéritoine, si une Dominante spléno-diaphragmatique est soupçonnée, aideront à fixer cette Voie d'Abord Optima.*

— **Si l'on veut « être à l'aise »** *et vaincre sans dissections acrobatiques les Formations tumorales les plus volumineuses et les plus fixées,* **la Voie Mixte Abdomino-Thoracique, sera la Technique Optima,** *d'autant que les progrès constants de cette technique, prônée par J. Patel et L. Léger, ont vu ses suites opératoires, encore difficiles voici quatre ou cinq ans, considérablement améliorées.*

— **Souvent suffisante du fait de la Vocation Abdominale la plus habituelle de l'Échinococcose Splénique, sera la Voie Abdomino-Lombaire de R. Bourgeon, toujours associée à un Drainage Déclive de la Loge Splénique.**

Quoi qu'il en soit, ces Voies d'Abord Larges, auront mis fin à l'Échinococcose Splénique, permettant même de traiter dans un même temps, si l'État général le permet, toute autre Localisation Viscérale Échinococcique fréquemment Associée.

BIBLIOGRAPHIE

— CUCCIOLI : « Considérations pathogéniques sur quelques cas de kystes échinococciques ».
— Archivio Italiano di chirurgia, janvier 1946.

— AKSEL : « Kyste hydatique primitif de la Rate ».
— TURK TIP/CEMIYETI/MECMUASI. Mars 1946.

— MULLEZ-BRUNO-et-BOIS : « Kyste hydatique calcifié de la Rate ».
— Lyon Médical. Février 1946.

— DÉVÉ : « Peut-on admettre une éventuelle pénétration directe de l'embryon hexacanthe à l'origine de certains kystes périphériques ».
— Afrique française chirurgicale. Octobre 1946.

— DÉVÉ : « L'échinococcose secondaire ». 1946.

— DÉVÉ : « L'échinococcose primitive ». 1949.

— RAYNAUD-ZERMETI-et-CLAUDE : « Kyste hydatique de la Rate et Polyglobulie ».
— Algérie médicale. Mars 1948.

— ROMÉO : « Sur les kystes à échinocoque de la Rate ».
— Giornale Italiano di chirurgia. Novembre 1947.

— PIGNATELLI : « Sur le traitement chirurgical de l'echinococcose de la Rate »
— Giornale Italiano di chirurgica. Juin 1947.

— R. LAGRANDA et O. MARRUGAT : « Kyste hydatique de la Rate ».
— La Prensa Medica Argentina. Juin 1947.

— A. JENTGEZ : « Kystes à échinocoques uniloculaires de la Rate ».
— Schweizerische Médicinische Wochenschriff. Janvier 1947.

— G. ZASNINI : « Échinococcose de la Rate. Indications de la splenectomie ».
— Il Policlinico (Sezione Pratica). Novembre 1949.

— G. GRECO et G. VALLECORSI : « Kystes échinococciques multiples de la Rate ».
— La Riforma Médica. Février 1950.

— L. SABADINI : « Les kystes hydatiques de la Rate ».
— Journal de chirurgie. 1935.

— MALINOVSKI : « A propos de la chirurgie de la Rate ».
— Journal de chirurgie. 1935.

— P. GOINARD : « Pathologie chirurgicale de la Rate ». 1939.

— DE RIBET et R. BOURGEON : « La loge de la Rate ».
— Travaux du Laboratoire d'anatomie d'Alger. 1947-1948.

— J. PATEL et C. MARTIN : « Les lendemains alarmants, avec hyperthermie d'ablations de Rates volumineuses ».
— Société de chirurgie de Lyon. 24 juin 1953.
— (Lyon chirurgical, vol. 49).

— R. BOURGEON et H. PIÉTRI : « Place de la chirurgie dans les splénomégalies méditerranéennes ou bantiennes ».
— Journal de chirurgie. T. 53. Mars-avril 1957.

— J. GANDIN : « Sur les aspects chirurgicaux des tumeurs kystiques de la Rate ».
— (A propos de 4 observations). J. PATEL. Rapporteur.
— Mémoires académie de chirurgie. 19 juin 1957.

— K. GURKAN et E. DUREN : « A propos de 2 cas de kyste de la Rate ». Lecteur : M. SENEQUE.
— Mémoires académie de chirurgie. 1958.

— KOGAOGLU et KAYABALI : « Les kystes hydatiques de la Rate ».
— Lyon chirurgical. Mai 1958. Rapporteur : MALLET-GUY.

— KOCAOGLU-KAYABALI et HIGSONMEZ : « Les kystes hydatiques de la Rate ».
— Journal de chirurgie. Avril 1958.

— J. GANDIN : « L'échinococcose splénique ».
Annales de chirurgie. Novembre 1958.

— KAYABALI : « Infarctus total de la Rate ».
— Lyon chirurgical. Janvier 1959.

— AUBRY-GOINARD-BOULARD-CECCELDI : « Kyste hydatique de la Rate rompu dans l'Abdomen ».
— Janvier-février 1946.

— L. CORTÈSE : « Sur les kystes échinococciques de la Rate ».
— Minerva Chirurgica. 1er juin 1950.

— G. PIZZILO : « Kyste échinococcique primitif de la Rate ».
— La Riforma Médica. Novembre 1950.

— A. PASMA : « Échinocoque de la Rate ».
— Nederlandsch Tidjschrifft voor geneeskunde. Mai 1951.

— G.C. RICCI : « Sur quelques cas de kystes échinococciques spleniques et parasplèniques ».
— Minerva Médica. Décembre 1951.

— F.W. BANCROFT : « Échinocoque géant de la Rate ».
— Review of Gastroenterology. Décembre 1951.

— M.Z. ROMÉRO : « Kystes hydatiques de la Rate ».
— Revista clinica Espagnola. Janvier 1952.

— J. SEROR : « Chirurgie moderne des kystes hydatiques de la Rate ».
— Afrique française chirurgicale. Décembre 1951.

— A. TRAPANI : « Un cas de kyste échinococcique de la Rate ».
— Giornale Italiano di chirurgia. Juin 1952.

— K. VAGEL : « Un cas d'échinocoque de la Rate chez un homme de 55 ans ».
— Das Deutsche gesundheitswesen. Juillet 1952.

— E. MANCONI : « Peut-on appeler idéales quelques unes des méthodes proposées pour la cure de l'échinococcose de la Rate ? ».
— Annali Italiani di chirurgia. Septembre 1952.

— T. GROSSI : « 2 kystes échinococciques de la Rate ».
— La Clinica. 1951-1952.

— R. RODINO : « Rare coïncidence morbide : carcinome du poumon et échinocoque de la Rate »,
— La Riforma Médica. Décembre 1952.

— E. RUGGERI : « La splénectomie dans les échinococcoses primitives de la Rate ».
— Chirurgia Italiana. Octobre 1952.

— L. SIROT : « Kyste hydatique de la Rate rompu dans l'angle colique gauche » splénectomie-colectomie.
— Afrique française chirurgicale. 1952.

— V. STOJANOVIC-Z. JEVTIC et V. JOVANOVIC : « Kyste hydatique de la Rate et du Péritoine ».
— Archives serbes de médecine. Avril 1954.

— J. ROLEY : « Kyste hydatique de la Rate de 6,950 kg ».
— Maroc médical. Avril 1954.

— M. JELESIJEVIC : « Échinococcose de la Rate ».
— Archives de médecine, (Sercyevo). Juin 1954.

— MIRIZZI : « La splénectomie dans le kyste hydatique de la Rate ».
— Mémoire académie de chirurgie. Novembre 1954.

— I. JOSIMOVIC : « 2 cas d'échinococcose de la Rate ».
— Archives serbes de médecine. Septembre 1954.

— G. SPANU : « Échinococcose de la Rate ».
— Studi sassaresi. 1954.

— P. LOG'INDICE : « L'échinococcose de la Rate ».
— Minerva chirurgica. Mai 1955.

— G. MACRIS : « Sur un cas rare de rupture d'un kyste hydatique de la Rate ». (Rapporteur : LORTAT-JACOB).
— Mémoires Académie de chirurgie. 1955.

— R. ROSKAS et S. PIETRI : « Un cas de kyste hydatique de la Rate : splénectomie ».
— La Tunisie médicale. Juin 1955.

— J. GURKAN : « Kyste hydatique de la Rate traité par splénectomie ».
— Journal de chirurgie. Octobre 1955.

— M. BAJA-SPOPOVIC : « Kyste hydatique de la Rate chez un enfant de 12 ans ».
— La Revue Médicale : (NOVISAD-Yougoslavie). 1955.

— A. BIANCO et S. MESSINETTI : « Sur un cas de kystes hydatiques multiples de la Rate ».
— Annali Italiani di chirurgia. Volume 33.

— M. PAZASKEVAS : « Échinococcie calcifiée de la Rate ».
— Acta chirurgica hellenica. Décembre 1956.

— BUTTAFARRI : « Contribution au traitement chirurgical du kyste hydatique de la Rate ».
— Il Policlinico sez Pratica. Juillet 1957.

— C.P. SONZINI ASTUDILLO : « Kyste hydatique de la Rate comprimant la voie biliaire principale ».
— La Prensa Médica Argentina. Septembre 1957.

— C. DE LUCA : « Sur le kyste hydatique de la Rate ».
— Minerva Chirurgica. Février 1958.

— PANTIN et CATALANO : « Confrontations anatomiques et radiologiques dans le kyste hydatique de la Rate ».
— Afrique française chirurgicale. Février 1958.

— A. CALIO et PARANO : « Échinococcose de la Rate ».
— Minerva Chirurgica. Février 1959.

— J. GANDIN : « L'échinococcose splénique ».
— Annales de chirurgie. Novembre 1958.

— R. ALESSI : « Kyste hydatique de la Rate ».
— Minerva Chirurgica. Février 1959.

— J. MORA-LOPEZ : « Kyste hydatique de la Rate ».
— Maroc médical. Avril 1959.

— DUBRA et PETROZZI : « Kystes hydatiques de la Rate ».
— La Prensa Médica Argentina. Décembre 1958

— F.G. DE ONIS : « Kyste hydatique de la Rate ».
— cirurgia (Madrid). Juin 1959.

— A. BRODETTI : « Sur un cas de rupture spontanée d'une Rate échinococcique ».
— Giornale Italiano di chirurgia. Mars 1960.

— A. MARGISI et BRESCHI : « Hydatidose splénique ».
— Minerva Chirurgica. Août 1960.

— J.M. LOPEZ BORRUA : « Échinococcose splénique ».
— Janvier 1960.

— J.A. SERVIENTI et ROMAY : « Kyste hydatique primitif de la Rate ».
— La Prensa Médica Argentina. Janvier 1962.

— J.N. MARTIN : « Congénital Splénic Cysts ».
— The American J. of. Surgery. Août 1958.

— W.O. COLEMAN : « Épidermoïd Cyst of the Spleen. Report of two Cases ».
— The American J. of. Surgery. Septembre 1960.

— F. BOLOT : « Kyste dermoïde de la Rate ».
— Société de chirurgie de Lyon. Janvier 1960.

— 1er Congrès International d'échinococcose. Alger 1951.
— Afrique française chirurgicale. Décembre 1957.

— IRVIN-ABELL : « Wandering Spleen with torsion of the pedicle ».
— Annals of Surgery. 1933.

— BETTS : « Wandering spleen impacted in the pelvis ».
— BRIT-MED-JOURN. 1923.

— SALIBA : « Report of case of dislocation of the spleen into the pelvis and its firm fixation into the uterus ».
— SURG-GYN-OBSTET. 1918.

— CASTANIO et BREA : « Torsion du pédicule de la Rate simulant un Kyste de l'ovaire à pédicule tordu ».
— Bol. Soc. Obstetric Grinec/Buenos-Aires.

— PETRIDIS : « Torsion et ectopie pelvienne prise pour kyste de l'ovaire ».
— Société nationale de chirurgie. Novembre 1933.

— ESTCHENKO : « Rate mobile simulant une G.E.U. ».
— Novy Khirung. Arkhiv. 1935.

— M.B. DESPLAS : « Un cas de Rate ectopique à pédicule tordu considérée comme un kyste de l'ovaire ».
— Société nationale de chirurgie. Juillet 1935.

— M.B. DESPLAS : « A propos de 3 cas de Rate ectopique à pédicule tordu ».
— M.A.C. 1938.

— GEDANOVITSCH : « Un cas de volvulus de l'Estomac provoqué par la torsion de la Rate déplacée ».
— Vestnik chirourg. 1934.
— Res. in fal chir. 1935.

— A. SALVIN : « Ectopie Spleen Causing Intestinal obstruction ».
— Annals of Surg. 1930.

— OULIÉ : « Rate ectopique dans la F.I.D. ; torsion du pédicule avec occlusion intestinale ».
— Société Anatomique de Paris. 1932.

— L. LÉGER et J. SOURDILLE : « Abord de la Rate par voie combinée abdomino-thoracique, splénectomie - anastomose spléno-rénale ».
— Journal de chirurgie. Février 1951.

— L. LÉGER : « Spléno-portographie ». 1955.

— J. PATEL : « Chirurgie de la Rate ». 1955.

— R. BOURGEON-H. CATALANO et J.P. PANTIN : « L'échinococcose splénique ».
— Journal de chirurgie. Décembre 1960.

— R. BOURGEON et B. FERRAND : « Splénomégalies algériennes et syndrôme de Banti ».
— Afrique française chirurgicale. Volume XVII.

— FALIGANT : « Cinq cas de kystes hydatiques à localisation splénique ».
— Lyon chirurgical. Mars 1963.

— G. MACONI : « Échinococcose de la Rate ».
— Minerva Chirurgica. Novembre 1962.

— N GUYEN-HUU : « Territoires artériels de la Rate. Étude expérimentale. (Possibilités de resection partielle réglée de la Rate) ».
— Archives d'anatomie. Février 1958.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 1

Historique 9

★

Etiologie :

- Fréquence relative 13
- Répartition géographique 15
- Répartition selon le sexe 17
- Répartition selon l'âge 21

★

« Horizon Etiologique » Commun des Hydatidoses et des Cirrhoses Nutritionnelles 23

- Résultante pathogénique

★

Pathogénie 27

- Le cadre de l'infestation splénique secondaire 29
- Pathogénie de l'infestation splénique primitive 33

★

Physiopathologie 37

- Facteurs déterminants du « Thème évolutif ». 39

  — La Structure Vasculaire de la Rate.

  — L'aspect bien particulier du dispositif vasculaire en cas de Rate pathologique, qui ne peut qu'Induire un Ensemencement Splénique.

- Physiopathologie de l'échinococcose splénique primitive. 43

— *Evolution de l'embryon parasitaire embolisé*..... 44

- La vésicule parasitaire.
- Evolution de la vésicule hydatique :
  - — Vésiculation endogène.
  - — Vésiculation exogène.
- Le kyste adventice :
  - — La capsule d'enkystement vésiculaire.
  - — Les lésions juxta-kystiques.

— *Le retentissement viscéral de la lésion parasitaire*.... 48

— *Les conséquences péri-viscérales : La Périsplénite*..... 48

— *Les complications proprement dites de la lésion parasitaire*. 51

- Les complications liées aux anomalies évolutives des parois kystiques.
  - — Calcification adventicielle.
  - — Multivésiculation.
  - — Multisacculation corticale exogène.
  - — « L'échinococcose secondaire locale ».
  - — La rupture externe des kystes spléniques :
    - Echinococcose secondaire péritonéale.
    - Ruptures dans un organe creux.
    - Ruptures intra-thoraciques.
    - Ouverture à la peau.
  - — « L'échinococcose primitive hétérotopique »
- Les complications liées aux altérations du liquide hydatique.
- Les complications « ambiantes », de voisinage :
  - — Les adhérences.
  - — Les compressions.

- Physiopathologie de l'échinococcose splénique secondaire. 61

★

Les Données Anatomo-Pathologiques 63

= *Les trois formes anatomo-chirurgicales de kystes hydatiques de la Rate*. 65

= *Le volume des kystes*. 67

= *Le retentissement de l'involution kystique sur son contenu*.. 71

= *Le problème de la multiplicité des Kystes Hydatiques*. ... 73

- Introduction.
- La multiplicité des localisations parasitaires dans la Rate. 75

- L'association d'une hydatidose splénique avec d'autres localisations Parasitaires. 76

— Les arguments d'une classification.
— Les associations de lésions primitives.
— Les associations avec coexistence d'une échinococcose secondaire patente.

★

Etude Clinique 79

- Avant-Propos.
- Les deux phases initiales d'évolution lésionnelle.

— Phase de latence absolue.
— Phase strictement fonctionnelle.

- L'aboutissant irrémédiable de l'évolution kystique vers la séreuse : « L'Extériorisation » : phase de Bruyance Clinique à trois Tableaux :

Les Kystes Abdominaux 85

— Les Signes Fonctionnels.
— La Tumeur Abdominale.
  - Inspection.
  - Palpation.
    — Cadre anatomique de la tumeur.
    — Ses contours.
    — Sa consistance.
    — Sa fixité.
  - Percussion.
    — Matité.
    — Frémissement hydatique.
  - Auscultation et percussion combinées.
    — Le « bruit musical » de Briançon.
    — Le signe de « l'écho hydatique ».

Les Kystes Thoraciques 93

— L'Inversion de la « bruyance clinique ».
— La bruyance fonctionnelle inaugurale de type broncho-pulmonaire.
— Les signes physiques :
  — Inspection.
  — Percussion.
  — Auscultation.

Les Formes Mixtes Thoraco-Abdominales 95

★

Étude Radiologique 97

= L'appoint des investigations radiologiques

= Les données radiologiques 101

- *Renseignements fournis par les clichés-standard :*
  - — Contraste naturel des kystes calcifiés.
  - — Images de pneumo-kystes spléniques.
  - — Données sur la coupole diaphragmatique gauche.
- *Les procédés de contraste :* 102
  - — L'ingestion barytée.
  - — Le lavement baryté.
  - — L'urographie I.V.
  - — Les moyens de contraste gazeux.
  - — Les opacifications de la Rate elle-même. (pour mémoire).
  - — Les opacifications vasculo-viscérales.
- La splénoportographie transcutanée, pour l'exclure.
- La splénoportographie à ventre ouvert.
- L'artériographie 105
  - — Sa valeur.
  - — Les images
    - — de kyste unique,
    - — de multiplicité kystique.

★

Étude Biologique 109

= La notion « d'Intoxication Hydatique » : allergie et anaphylaxie hydatiques.

= Conséquences pratiques de ces deux processus.

= Le syndrome biologique.

- L'éosinophilie sanguine.
- Les tests cutanés :
  - — Intradermo-réaction de Casoni.
  - — Sous-cutiréaction de Pontano.
- Les réactions humorales.

= Portée diagnostique des armes biologiques.

★

Horizon Clinique Évolutif 115

= La guérison spontanée.

= Le retentissement sur l'état général : 117

— Chez l'adulte.
— Chez l'enfant.

= Individualités cliniques de certaines complications de l'hydatidose splénique : 118

— Les ruptures en péritoine libre.
— Les ruptures dans un organe creux.
— Les ruptures dans une lumière bronchique.
— A part, le problème des splénoptoses.

★

Les Pièges Diagnostiques 121

● Diagnostic topographique 123

— Kyste du lobe gauche du foie.
— Tumeur gastrique.
— Formations kystiques ou lipomateuses du mésentère.
— Néoplasme colique.
— Tumeur rénale.
— Les pièges d'un kyste splénique « ascendant ».
— Le problème majeur **des Kystes en situation Pelvienne** 126

● Discussions à l'Échelon Splénique 129

★

Traitement de l'Échinococcose Splénique 133

● **Tour d'Horizon thérapeutique** 137

● **Procès de la Marsupialisation** 138

● **Autres Méthodes à exclure :** 141

— Réduction sans drainage.
associée ou non à une fixation { pariétale ou péritonéale.
— Kystectomie avec résection partielle du périkyste.
— Pseudo « résection partielle réglée » avant la lettre.
— Succès de la méthode.
— Valeur thérapeutique.

● **Echinococcose splénique doit être maintenant synonyme de splénectomie** 143

— Son cortège d'écueils opératoires, liés à la « Personnalité de l'échinococcose splénique.
— Le problème fondamental de la Voie d'Abord .. 145
— La Voie Mixte Abdomino-Thoracique, voie optima.
— Valeur des incisions conventionnelles.
— La Voie-Clef Abdomino-Lombaire de R. Bourgeon.

● **Bien-fondé statistique de ce traitement radical** ... 147

● **Remarques tactiques** concernant

— Les kystes spléniques compliqués.
— Les kystes spléniques associés à d'autres localisations parasitaires.
— Echinococcose et splénoptose.

★

Conclusions 151

★

— Bibliographie 159

Société Industrielle d'Imprimerie — 10, rue Louise-Michel — Levallois - Perret